

Ю.Г. Фролова

Психология здоровья

Рекомендовано учебно-методическим
объединением по гуманитарному
образованию в качестве пособия
для студентов, обучающихся
в учреждениях высшего образования

Минск
«Вышэйшая школа»

УДК [613+159.923] (075.8)
ББК 51.204.Оя73
Ф91

Рецензент: кафедра клинической психологии учреждения образования «Белорусский государственный педагогический университет им. М. Танка»; проректор по научно-методическому обеспечению воспитательной работы учреждения образования «Республиканский институт профессионального образования», кандидат психологических наук, доцент *О.С. Попова*.

Все права на данное издание защищены. Воспроизведение всей книги или любой ее части не может быть осуществлено без разрешения издательства.

Фролова, Ю. Г.

Ф91 Психология здоровья : пособие / Ю.Г. Фролова. — Минск : Вышэйшая школа, 2014. — 255 с.
ISBN 978-985-06-2352-2.

Рассматриваются основные теории и практические направления современной психологии здоровья. Даются концептуальные основы и методы психологической практики в сфере здоровья. Анализируются психологические факторы физической активности человека, его пищевого поведения. Предлагаются рекомендации по планированию, проведению и оценке профилактических программ, примеры исследований.

Для студентов психологических и педагогических специальностей высших учебных заведений. Будет полезно специалистам, занимающимся проблемами профилактики заболеваний.

УДК [613+159.923] (075.8)
ББК 51.204.Оя73

ISBN 978-985-06-2352-2

© Фролова, Ю.Г., 2014
© Оформление. УП «Издательство “Вышэйшая школа”», 2014

ВВЕДЕНИЕ

Здоровье – один из важнейших объектов гуманитарных исследований. На протяжении столетий главным способом профилактики заболеваний считалось оздоровление окружающей среды, однако в XX в. основное внимание стало уделяться поведению человека, его личностным характеристикам.

Как самостоятельное направление психология здоровья сформировалась в 1970-х гг., когда были созданы соответствующие подразделения в национальных психологических ассоциациях. Первая статья по психологии здоровья на русском языке вышла в свет в 1991 г. в Вестнике Ленинградского государственного университета; в конце 1990-х гг. защищаются докторские и кандидатские диссертации.

Здоровье является многозначным понятием, включающим в себя биологические, психологические и социальные компоненты, поэтому описать все его факторы в рамках одной работы крайне сложно. В данном тексте анализируются те факторы здоровья, которые чаще всего обсуждаются в научной литературе – социальная среда и межличностные отношения, поведение человека, его познавательная сфера. Однако содержание пособия не ограничивается исключительно психологическими подходами, поскольку современные исследования здоровья всегда носят междисциплинарный характер.

Пособие состоит из двух разделов: в первом представлены теоретические основы, во втором – цели, методы и направления психологической практики в сфере здоровья. В приложениях даются методики оценки безопасного поведения человека, приводятся сведения об ученых, которые внесли значительный вклад в развитие психологии здоровья.

РАЗДЕЛ I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ

ГЛАВА 1. ЗДОРОВЬЕ КАК ОБЪЕКТ НАУЧНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

1.1. Основные подходы к определению здоровья

Здоровье является важнейшей жизненной ценностью. Однако люди по-разному понимают ключевые признаки и способы его сохранения. Например, некоторые стремятся достичь душевного равновесия; другие полагают необходимым поддерживать оптимальную физическую активность, полноценно питаться и отдыхать, регулярно обследоваться у врача; третьи думают, что здоровье в основном определяется наследственностью. Понятие здоровья является многозначным. Оно связано с различными состояниями и способностями человека и отражает одновременно биологические, психологические и социальные аспекты его существования. Неудивительно, что на сегодняшний день в литературе можно встретить более трехсот вариантов его определения [43]. Ниже приводятся некоторые из них.

Здоровье – это:

- состояние полного физического, психологического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней (*Всемирная организация здравоохранения*) [43];
- полноценная самореализация человека (*А.Е. Созонтов*) [91];
- непрерывная последовательность естественных состояний жизнедеятельности, характеризующаяся способностью организма к самосохранению и совершенной саморегуляции, поддержанию гомеостаза¹... в соответствии с фенотипическими² потребностями (*В. В. Колбанов*) [50. С. 12];
- динамическое равновесие организма с окружающей природной и социальной средой ... при свободном осуществлении всех присущих человеку биологических и социальных функций (*Д.Д. Венедиктов*) [25.]

¹ Гомеостаз – совокупность приспособительных реакций организма, направленных на устранение или максимальное ограничение действия факторов, нарушающих относительное внутреннее постоянство его внутренней среды.

² Фенотип – совокупность характеристик, присущих живому существу на определенной стадии развития. Обусловлен генетическими характеристиками и характеристиками окружающей среды.

Определения здоровья бывают обобщенными и частными (основанными на отдельном критерии). Например, определение Всемирной организации здравоохранения носит обобщен-

Норма как мера здоровья ... не исключает и даже предполагает различия в проявлении здоровья. В.Д. Жиринов [42]

ный характер, а определение здоровья как отсутствия симптомов болезни – частный. Основной проблемой при использовании обобщенных определений здоровья (как правило, имеющих абстрактный характер)

является необходимость соотнесения его различных аспектов и уровней. В них фиксируется скорее конечная цель усилий отдельного человека и общества в целом по сохранению и укреплению здоровья.

В практике обычно используются частные определения здоровья, например такие:

- анатомическая сохранность и нормальная работа всех органов и систем, определяемая на основе конкретных индикаторов: уровне артериального давления, температуре тела и т. д.;
- отсутствие симптомов болезни;
- уровень и гармоничность физического развития;
- способность адаптироваться к условиям среды, а также к саморегуляции соматических и психических состояний. Определяется имеющимися у человека физическими, психологическими и социальными ресурсами. Критериями адаптированности могут выступать как биологические (например, показатели работы иммунной системы), так и социально-психологические характеристики человека (доступность социальной поддержки, разнообразные копинг-стратегии);
- способность к полноценному функционированию, к выполнению стоящих перед человеком задач;
- внутренняя гармония и гармония с окружающей средой;
- субъективное благополучие, хорошее самочувствие [21; 43].

Можно заметить, что определения 1–3 и частично 4 основаны на использовании *биологических показателей здоровья*. Валеолог Э.Н. Вайнер [21] считает наиболее важными из них частоту сердечных сокращений (ЧСС), артериальное давление в состоянии покоя, жизненную емкость легких, время восстановления ЧСС после интенсивной физической нагрузки (20 приседаний за 30 секунд), общую выносливость (время, за которое человек пробегает 2 км), ловкость и скоростно-сило-

вые качества (дальность прыжков с места). На основе данных показателей человека можно отнести к более или менее высокой группе здоровья.

Использование определений здоровья, основанных на понятии среднестатистической нормы, не всегда оправдывает

Фактически мы почти никогда не можем установить, что есть среднее в применении к соматической сфере человека. ... «Норма» для нас – это лишь идея. Овладеть <ею> – значит, познать жизнь до конца.
К. Ясперс [119]

себя. Э.Н. Вайнер полагает, что человека необходимо ориентировать не на достижение идеального здоровья, а на повышение уровня актуального здоровья с учетом индивидуальных свойств и потребностей [21]. Кроме того, само понятие «биологическая норма» является неоднозначным, поскольку

для обеспечения выживания необходимо значительное биологическое разнообразие [41. С. 109].

Несмотря на очевидное расхождение с реальностью, визуальный образ здоровья (который распространяется среди широкой публики посредством средств массовой информации) – это классический идеал юного греческого атлета [134]. Понятие здоровья как некоего идеального состояния недостижимо в силу своей заданности, так как подобный подход предполагает, что у любого человека на протяжении всей его жизни ар-

Вместо призыва к достижению утопического максимального здоровья более разумным для человека представляется стремление к достаточному здоровью.
И.А. Гундаров, С.В. Матвеева [34]

териальное давление должно оставаться постоянным (но в таком случае мы игнорируем тот факт, что значительная часть популяции мужчин старше 60 лет имеет более высокие показатели давления, чем молодые, и тем самым автоматически рассматриваем пожилых людей как больных). Можно

заметить усиливающуюся тенденцию современной медицины к перфекционистским определениям здоровья. В результате болезнь и смерть перестают рассматриваться как естественные феномены. Данный подход является недостаточно эмпиричным, неэкономичным и самое главное неадаптивным с точки зрения будущего человечества [134].

Корректное и практически применимое определение здоровья подразумевает разграничение идеальных и реальных

параметров функционирования как человеческого организма (соматическое здоровье), так и человеческой психики (психическое здоровье).

В последние годы появляется необходимость выделения и других видов здоровья – психологического, духовного, социального. Это связано со стремлением преодолеть ограниченность биомедицинского подхода, в котором здоровье рассматривается либо как состояние человеческого организма в целом, либо как состояние нервной системы.

Введение понятий психологического и социального здоровья предполагает *уровневый подход* к его определению. Одна из первых в отечественной науке концепций уровней здоровья была разработана российским психологом Б. С. Братусем. Он выделял личностный, индивидуально-психологический и психофизиологический уровни. Личностный уровень здоровья отражает качество смысловых отношений человека, индивидуально-психологический – степень адекватности их реализации, а психофизиологический – состояние нервной системы, обеспечивающее психическую деятельность. При этом возможны различные варианты сочетаний показателей развития данных уровней [15].

Личностный уровень здоровья в современных публикациях часто отождествляется с психологическим здоровьем и психологическим благополучием. ***Психологическое здоровье*** – это состояние, отражающее такой уровень развития личности, который характеризуется принятием других и самопринятием, спонтанностью, автономностью, адекватностью и гибкостью восприятия окружающего мира, духовностью, креативностью, ответственностью за свою жизнь, осознанностью существования, способностью к саморегуляции. Психологическое здоровье позволяет человеку адаптивно функционировать на различных уровнях жизнедеятельности [62].

Сходным с понятием психологического здоровья является понятие психологического благополучия. Благополучие в целом имеет физические, когнитивные, эмоциональные и социальные показатели. Человек с высоким уровнем ***психологического благополучия*** удовлетворен собственной жизнью и реализацией своего потенциала. Он адекватно оценивает себя, способен к продуктивной социально значимой активности, полноценным межличностным отношениям, преодолению стресса, он автономен, имеет жизненные цели [247]. Наиболее

известной из адаптированных на сегодня шкал психологического благополучия является шкала, разработанная К. Рифф. Ее русскоязычный вариант был предложен Н. Н. Лепешинским [57].

Критериями **социального здоровья** являются способность индивида к полноценному выполнению своих социальных функций, степень его участия в жизни общества, количество и качество межличностных связей. Социально здоровая личность обладает необходимыми ресурсами для адаптации в обществе и способна конструктивно взаимодействовать со своим окружением. При этом социальное здоровье определяется не только личными усилиями индивида по саморазвитию, но и теми возможностями, которые предоставляет ему среда. Социальное здоровье, например, зависит от того, насколько социальный статус человека позволяет ему удовлетворять свои потребности и реализовывать жизненно важные цели [47; 75].

Состояние здоровья человека и качество его жизни взаимосвязаны. Чем выше показатели здоровья, тем выше качество жизни и наоборот: низкое качество жизни не позволяет достичь оптимального уровня здоровья из-за недостатка экономических, материальных и социальных ресурсов. Всемирная организация здравоохранения определяет **качество жизни** как «оптимальное состояние и степень восприятия отдельными людьми и населением в целом того, как удовлетворяются их потребности (физические, эмоциональные, социальные и пр.) и предоставляются возможности для достижения благополучия и самореализации» [78. С. 13]. Таким образом, в понятии качества жизни можно выделить объективный и субъективный аспекты. Если ранние исследования качества жизни были основаны на оценке его объективных показателей (распределение доходов, образование, здоровье, питание, доступность и качество жилья, безопасность и стабильность физической и социальной среды), то в настоящее время более принятыми являются комплексные оценки качества жизни, учитывающие субъективную позицию респондента.

Качество жизни, основанное на самооценке пациента, активно изучается в современной медицине. Эмпирически подтверждено, что оно является независимым от текущего соматического статуса фактором выживания и продолжительности жизни больных [78]. К параметрам субъективного качества жизни, связанным со здоровьем, относятся:

- самооценка состояния здоровья;

- влияние здоровья на возможность переносить физические и психологические нагрузки;

- влияние уровня физического и эмоционального благополучия на продуктивность труда и повседневную деятельность человека,

- самооценка настроения;

- самооценка физических симптомов здоровья (например, болевых ощущений).

С русскоязычной версией опросника качества жизни можно ознакомиться на сайте межнационального исследования качества жизни (www.Quality-life.ru).

Таким образом, в современных концепциях здоровья подчеркивается важность не только объективных показателей, но и субъективной оценки человеком своего состояния. Согласно Ю.И. Мельнику, такая оценка позволяет человеку активно приспосабливаться к меняющимся требованиям среды и именно «субъективное здоровье» должно стать предметом психологического исследования [67]. Автор выделяет поведенческий, когнитивный и аффективный уровни субъективного здоровья (табл. 1.1).

Таблица 1.1

Уровни субъективного здоровья (по Ю.И. Мельнику)

Уровень	Показатель
Поведенческий	Здоровое поведение
Когнитивный	Адекватная оценка своего состояния и своих способностей в решении проблем со здоровьем
Аффективный	Позитивное переживание своего состояния

Уровни субъективного здоровья взаимосвязаны. Например, негативные эмоции вкупе с соматическим состоянием могут изменить оценку здоровья и стимулировать человека к само-сохранительному поведению.

Согласно данным лонгитюдных исследований¹, проводимых в течение последних десятилетий в различных странах мира, самооценка здоровья позволяет не только предсказать продолжительность жизни, но и преждевременный выход на пенсию, скорость выздоровления после тяжелой болезни, не-

¹ Лонгитюдные исследования – наблюдение отдельных людей или групп на протяжении определенного периода времени.

обходимость помещения человека в дом престарелых. Связь самооценки с показателями дожития¹ сохраняется и при статистическом контроле биологических факторов [127].

Для самооценки здоровья человеку необходимо интегрировать различные сведения о своем здоровье: соматические признаки, функциональные изменения, а также эмоциональное состояние. Количество всех показателей здоровья и их соотношение определяют конечный результат. Ученые провели исследования и на основе полученных данных выделили шесть основных *критериев самооценки здоровья* человеком:

1) биомедицинский (респондент указывает на наличие (отсутствие) симптомов болезни);

2) критерий физического функционирования организма (например, респондент, определяющий свое здоровье как хорошее, говорит, что способен пройти пешком значительное расстояние);

3) критерий, основанный на оценке поведения (респондент считает себя здоровым, если ведет здоровый образ жизни);

4) критерий, отражающий социальную активность (количество занятий «по интересам», посещение клубов, встречи с друзьями);

5) критерий «социального сравнения» (респондент сравнивает свое здоровье со здоровьем другого человека – обычно, по мнению респондента, не такого здорового, как он сам);

6) критерий, отражающий психологическое, эмоциональное, духовное состояние (основан на целостных, всеобъемлющих определениях здоровья. Данная группа в своих оценках указывает на значительные соматические проблемы, но при этом не теряет оптимизма и рассчитывает на лучшее [181]).

Самооценка здоровья может быть общей (изучается при помощи вопроса анкеты типа «оцените состояние своего здоровья по шкале...») или сравнительной («ваше здоровье по сравнению со здоровьем людей вашего возраста: лучше, хуже, такое же...»).

Предполагается, что на самооценку здоровья влияют культура, ценности, убеждения, представления о приоритетных компонентах здоровья социальное окружение, экономический статус, гендерные показатели и возраст. В целом люди стремятся дать своему здоровью позитивную оценку, для чего неосознанно выбирают более выигрышную для себя группу сравнения.

¹ Дожитие – здесь вероятность того, что человек доживет до определенного возраста.

Российский социолог И. В. Журавлева проанализировала данные о самооценке здоровья жителей СССР и далее Российской Федерации в период с 1970 по 2002 год. Она обнаружила, что свое здоровье как хорошее оценивают 20–30 % респондентов, как удовлетворительное – 50–60 и как плохое – 10–15 %; при этом самооценка здоровья у мужчин выше, чем у женщин; у горожан выше, чем у жителей села; у представителей обоих полов она начинает снижаться с 35-летнего возраста [44].

Аналогичные исследования были проведены сотрудниками Института социологии Национальной академии наук Беларуси в октябре 2002 г. Полученные данные существенно не отличаются от показателей, приводимых И. В. Журавлевой [94]. В ходе социологического опроса, проведенного в Минске в 2005 г., свое здоровье как хорошее и отличное оценили 25,2 % горожан, как среднее – 59,2, как плохое и очень плохое – 15,7 %; также обнаружено снижение самооценки здоровья с возрастом [94]. Исследования в других странах позволяют сделать такие же выводы: женщины и пожилые люди чаще дают низкие оценки своему здоровью по сравнению с мужчинами и молодежью [127].

Использование самооценки в качестве критерия здоровья позволяет приблизить содержание данного понятия к реальности человеческого существования, но одновременно создает ряд проблем: сложность психометрической оценки субъективного благополучия (особенно если речь идет об исследованиях на уровне популяции), проблему лжи и социально желательных ответов, проблему необъективной оценки своего состояния.

Российский психолог Б. Г. Юдин [115] отмечает, что сегодня многие люди, которых раньше общество считало больными или обладающими ограниченными возможностями, больше не хотят, чтобы их оценивали лишь на основе диагноза. Определяя себя как здоровых, они исходят из наличия способности к полноценному выполнению социальных функций. Свое психическое и духовное здоровье такие пациенты рассматривают как приоритетное по сравнению с соматическим благополучием. И. Ялом пишет об одной из своих пациенток: «Я заинтересовался ею, как только она произнесла первые слова: «...у меня терминальная стадия рака, но я не раковой больной»» [118. С. 23].

Здоровье можно рассматривать как состояние, процесс, способность, ценность или ресурс. Понимание здоровья как *состояния* подразумевает, что в определенный момент времени человек находится на определенной точке континуума «здоровье – болезнь». Соответственно, кроме состояний здоровья и болезни, есть и промежуточное состояние. В медицине для его обозначения чаще всего используется термин «предболезнь».

Предболезнь (преморбидное состояние) – состояние организма на грани здоровья и болезни, которое в зависимости от действия различных факторов может либо перейти в состояние болезни, либо закончиться нормализацией его работы.

Во время предболезни гомеостаз поддерживается за счет мобилизации всех доступных механизмов регуляции, что ведет к их чрезмерному напряжению и возрастанию энергетических затрат организма [70]. Клиницисты рассматривают предболезнь как опасное для здоровья состояние. Например, Ю.А. Ефимов, Д.Н. Исаев считают его психовегетативным синдромом, выражающимся в функциональном расстройстве внутренних органов и систем. Он включает в себя симптомы головной боли, расстройства желудочно-кишечного тракта, нарушения работы сердечно-сосудистой системы, сна и во многих случаях по своим проявлениям отличается от основного соматического синдрома, который разовьется впоследствии [40; 45]. Однако состояние предболезни может рассматриваться и как ступенька на пути к достижению более высокого уровня здоровья. В связи с этим Э.Н. Вайнер пишет, что это «подаренная» человеку возможность воспользоваться в течении некоторого времени имеющимися у него ресурсами саморегуляции, чтобы не заболеть, а, напротив, улучшить свое здоровье [22]. Таким образом, здоров не тот, кто не болеет, а кто способен, заболев, полностью выздороветь.

Индивид не находится изначально в состоянии предустановленной гармонии, но должен постоянно к нему стремиться. В связи с этим здоровье связано с чувством уверенности в жизни, для которой не существует никаких ограничений и витальные нормы для которой устанавливаются самим здоровым человеком [134].

Определение здоровья как *ресурса* означает, что здоровье понимается как некий запас прочности, которым обладает

каждый человек с момента рождения и который пополняется благодаря его усилиям. Следует отметить, что такое определение типично не только для научных концепций, но и для обычного сознания. Наконец, здоровье может считаться социальной и индивидуальной *ценностью*, обладание которой характеризует потенциал отдельного человека или государства, причем стремление к ее сохранению является обязательным для каждого сознательного индивида. Понимание здоровья как ценности типично для современной культуры.

Большинство приведенных в данном параграфе критериев здоровья пригодны лишь для оценки состояния отдельного человека. Если же мы хотим исследовать закономерности, определяющие здоровье больших групп людей, нам необходимо обратиться к концепциям общественного здоровья.

1.2. Общественное здоровье

Общественное здоровье включает в себя различные компоненты и отражает не только биологический, но и социальный, психологический, экономический, интеллектуальный, духовный уровни развития общества. Оно является показателем способности социума и отдельных его представителей к полноценному выполнению своих функций и к дальнейшему развитию. Ниже приводится определение общественного здоровья, разработанное российским демографом Д.Д. Венедиктовым:

Общественное здоровье – это интегративная характеристика общества, которая, с одной стороны, отражает степень вероятности ... для каждого из его членов сохранения высокого уровня здоровья и творческой работоспособности на протяжении максимально продленной жизни, а с другой – определяет жизнестойкость всей популяции и возможности ... ее развития [25].

Поскольку общественное здоровье характеризует благополучие больших групп населения, для его оценки используются статистические показатели. Их можно разделить на три группы: биологические, социальные и социально-психологические. Эти показатели взаимосвязаны: они свидетельствуют о достигнутом уровне здоровья и определяют его дальнейшую динамику (табл. 1.2).

Таблица 1.2

Показатели общественного здоровья

Показатели		
Биологические	Социальные	Социально-психологические
• Рождаемость, смертность и естественный прирост населения • Показатели фертильности¹ • Ожидаемая продолжительность при рождении • Показатели заболеваемости • Структура причин смертности и заболеваемости в различных социальных и возрастных группах • Показатели физического развития	• Качество и доступность медицинских услуг • Расходы на здравоохранение и подготовку медицинских работников • Характерные для данного общества модели здоровья и связанные с ними практики • Уровень обеспечения основных материальных и духовных потребностей граждан • Степень социального неравенства	• Самооценка здоровья • Представление о здоровье • Отношение к здоровью • Поведение в сфере здоровья • Психологическое благополучие и самооценка качества жизни

В качестве первых биологических критериев общественного здоровья использовались *показатели рождаемости и смертности*, вычисляемые на основе отношения числа случаев рождения или смерти к средней численности населения за год. На сегодняшний день они считаются малоинформативными. Значительно чаще используются возрастные коэффициенты рождаемости и смертности.

Возрастной коэффициент рождаемости (F_x) определяется по формуле:

$$F_x = \frac{N_x}{\bar{W}_x} \cdot 1000,$$

где N_x – число детей, родившихся живыми у женщин в возрасте x за определенный календарный период (обычно за год), $\bar{W}_x$ – численность женщин возраста x в календарном периоде.

¹ Фертильность – способность женщины к деторождению.

Возрастной коэффициент смертности (m_x) вычисляется по формуле:

$$m_x = \frac{M_x}{P_x} \cdot 1000,$$

где M_x – число умерших в возрасте x за определенный календарный период (обычно за год), P_x – численность населения возраста x в календарном периоде [13].

Особенно важными являются показатели смертности населения трудоспособного возраста, а также материнской и младенческой (детей в возрасте до одного года) смертности. Они отражают условия жизни людей, их культурный уровень и потенциал дальнейшего развития [13; 44].

Соотношение рождаемости и смертности отражает *естественный прирост населения*, т.е. разность между числом рождений и смертей за определенный период [66]. Даже если уровень смертности в определенном регионе или за определенный год невысок, это еще не позволяет оценить благополучие в сфере общественного здоровья. Необходимо проанализировать структуру причин смертности и заболеваемости. Разработано несколько *показателей заболеваемости* – общая, по данным медицинских осмотров, инфекционная, заболеваемость важнейшими неэпидемическими заболеваниями, с временной утратой трудоспособности, госпитализирован [79].

В отличие от заболеваемости и смертности *ожидаемая продолжительность жизни* является более надежным прогностическим показателем способности общества к дальнейшему развитию. Она определяется на основании прогнозной оценки оставшейся жизни (средний показатель) людей данного поколения, если показатели смертности сохранятся на прежнем уровне [12]. Помимо этого в социологических опросах изучают идеальную, субъективно ожидаемую и желаемую продолжительность жизни. Идеальная продолжительность жизни отражает социальную норму продолжительности жизни, под субъективно ожидаемой понимают оценку индивидом того возраста, до которого он надеется дожить, под желаемой – количество лет, которое он хотел бы прожить [44].

Значительный интерес для оценки общественного здоровья представляют и показатели *долголетия*. Они отражают количество людей в данной популяции, доживших до возраста, превышающего среднюю продолжительность жизни. Хотя средняя продолжительность жизни может значительно варьироваться в зависимости от страны и ее гендерных показателей, отечественные демографы, как правило, считают долголетием

достижение возраста 90 лет. В СССР исследования феномена долгожительства начались уже в 1930-х гг.

Анализируя данные современных исследований, проведенных на выборке жителей Санкт-Петербурга, Л. В. Ленская выявила следующие закономерности: при прочих равных условиях (перенесенные заболевания, наследственность, социальный статус) долголетию способствуют относительно неизменные условия жизни, постоянные рацион и режим питания [56].

Показатели физического развития являются ведущими в оценке здоровья населения, однако они, как правило, анализируются у детей. К ним относятся вес тела и рост ребенка при рождении. Показатели отражают как исторические сдвиги в здоровье населения, так и их кратковременную динамику – например, динамику, связанную с экстремальными событиями (война, голод). На протяжении последних 100–150 лет наблюдается явление *акселерации* – ускорение роста и полового созревания детей по сравнению с предшествующими поколениями. Показатели физического развития коррелируют с социально-экономическим статусом и заболеваемостью [44].

Наиболее важные биологические показатели здоровья населения Республики Беларусь, опубликованные Национальным статистическим комитетом, приведены в табл. 1.3.

Таблица 1.3

**Основные показатели общественного здоровья в Республике Беларусь
(данные за 2010 г.) [75]**

Показатель	Значение показателя
1	2
Младенческая смертность (на 1000 родившихся)	4,0
Рождаемость	11,4
Смертность	14,4
Естественный прирост населения	–3,0
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	66,1 для женщин – 73,8 для мужчин – 60,1
Коэффициенты смертности для основных классов причин:	
злокачественные новообразования	191,6* (для трудоспособного возраста – 84,1)
болезни системы кровообращения	778,7 (для трудоспособного возраста – 175,4)

Окончание табл. 1.3

1	2
внешние причины (несчастные случаи, связанные с транспортными средствами, случайные отравления алкоголем и утопления, самоубийства и убийства)	150,5 (для трудоспособного возраста – 174,9)

* Общий коэффициент для всего населения (определяется как отношение числа умерших в зависимости от определенной причины к среднегодовой численности населения).

Исследования рождаемости, смертности и продолжительности жизни показали, что эти, на первый взгляд «естественные», природные показатели неразрывно связаны с экономической ситуацией, культурой, образом жизни, уровнем грамотности населения, т.е. с биологическими показателями, и не в полной мере отражают специфику общественного здоровья. Например, российский врач и психолог И. Н. Гурвич пишет о необходимости оценки общественного здоровья по уровню социальных девиаций и степени развития институтов социального контроля, предупреждающих их проявление. Автор отмечает необходимость разработки «моральной статистики», отражающей распространенность отклоняющегося поведения [34].

Сегодня интерес исследователей все чаще обращается к социальным и социально-психологическим показателям общественного здоровья. Разработаны и его комплексные показатели (табл. 1.4).

Таблица 1.4

Комплексные показатели общественного здоровья

Показатель	Компоненты
1	2
Исследование Всемирного банка по оценке развития населения (индекс качества жизни)	Здоровье населения и состояние служб здравоохранения; образование; экономическое развитие
Глобальное бремя болезней	Годы жизни с учетом дней нетрудоспособности
Обобщающий индекс здоровья (Е. Н. Кудрявцева)	Сумма числа здоровых людей разных типов по отношению к численности всего населения

1	2
Сводный индекс индивидуального потенциала здоровья (РАН)	Самооценка здоровья, данные лабораторных исследований и медицинских осмотров, обращаемость в медицинские учреждения
Доля здоровых индивидов в различных социальных группах	Число дней нетрудоспособности на одного человека в году, вероятная продолжительность трудовой жизни, показатель половозрастной смертности, средняя продолжительность жизни, уровень заболеваемости
Годы здоровой жизни (Т. Эллисон)	Смертность в возрасте старше 65 лет, фертильность, общая заболеваемость инфекционными болезнями, детская смертность, средний доход семьи, среднее количество лет обучения, приходящееся на одного взрослого жителя региона, доля квартир, в которых проживает более 1,5 чел. в расчете на одну комнату, процент неполных семей, процент семей, не имеющих автомобиля и т.д.

1.3. Демографическая модернизация

Анализ современных и архивных статистических данных позволяет проследить динамику показателей общественного здоровья. Для ее обозначения в литературе используются различные термины: «демографический переход», «санитарный переход», «эпидемиологическая (противоэпидемическая) революция», «модернизация смертности» и др. [36]. В научной литературе обычно упоминается лишь одно коренное изменение демографической ситуации, а именно переход к современному типу рождаемости и смертности. Однако в действительности, как пишет российский демограф А.Г. Вишнеvский, таких переходов было два (от архаичного типа рождаемости и смертности к традиционному и от традиционного – к современному) [26].

Архаичный тип воспроизводства населения был характерен для эпохи палеолита (начинается с появления человека и древнейших каменных орудий и заканчивается приблизительно в VIII в. до н.э.). Для того времени была характерна низкая

плотность населения и малая степень вмешательства индивида в окружающую среду (необходимые для выживания ресурсы не производились, а находились и использовались людьми), что диктовало необходимость регулировки плотности населения. Одним из таких естественных методов была миграция, другими – инфантицид, аборт, пожизненное вдовство, запрет на сексуальные отношения в определенные периоды года. Первая демографическая революция, по мнению А.Г. Вишневого, произошла в эпоху неолита, когда присваивающая экономика начала сменяться производящей

Традиционный тип воспроизводства (X – VIII вв. до н.э. – XVIII в. н.э.) базируется на аграрной экономике, требующей привлечения значительного количества трудовых ресурсов, поэтому дети начинают рассматриваться как будущие работники. При традиционном типе производства основными причинами смертности являлись условия жизни (плохое питание, антисанитарное окружение, холод, травмы, обычные инфекции, неразвитая медицина, отсутствие родовспоможения), т.е. смертность носила экзогенный характер (вызываемый внешними причинами). Отмечалась низкая средняя продолжительность жизни.

Для традиционного и архаического типа воспроизводства было характерно наличие так называемых катастрофических причин смертности – болезней, эпидемий и голода [26].

Переход от традиционного типа воспроизводства населения к **рациональному** начался в XVIII в., а самые заметные изменения произошли в середине XIX в. Для обозначения этого процесса мы в дальнейшем будем пользоваться термином «демографическая модернизация».

Демографическая модернизация – переход от традиционного типа воспроизводства населения к современному, изменение показателей динамики смертности и продолжительности жизни, структуры причин заболеваемости и форм патологии, а также характеристик уровня здоровья в результате развития общества в целом и здравоохранения в частности. В результате демографической модернизации средняя продолжительность жизни людей увеличивается, а ведущими причинами заболеваемости и смертности становятся хронические заболевания, вызванные действием эндогенных и квазиэндогенных (канцерогенных) факторов [36. С. 257].

В результате демографической модернизации, т.е. второй демографической революции, произошла смена основных причин заболеваемости и смертности с «внешних» (экзоген-

ных) на внутренние (эндогенные). Среди причин смертности начинают доминировать нарушения в работе сердечно-сосудистой системы и злокачественные новообразования. Даже в тех случаях, когда речь идет об одном и том же виде патологии, внутренние причины, не связанные с инфекциями, становятся более распространенными – например, ревматические нарушения начинают встречаться реже атеросклеротических. Завершение демографического перехода означает, что причины смерти концентрируются в старших возрастных группах, т.е. уменьшается вероятность заболеваемости и смертности в более молодых возрастных группах [36]. Было значительно ограничено действие экстраординарных причин смерти, таких, как голод, эпидемии, травматизм, снизилась детская смертность.

Для психолога представляет интерес тот факт, что в ходе процесса модернизации изменилось отношение людей к здоровью, появилось понимание роли сознательной активности индивида в защите и улучшении своего благополучия, стало более очевидным влияние социального статуса на продолжительность жизни. В литературе предлагаются различные объяснения демографической модернизации. Наибольшую популярность имеют две точки зрения: 1) демографическая модернизация – результат успешного развития медицины; 2) демографическая модернизация – следствие улучшения условий жизни человека, т.е. социально-экономических преобразований. По мнению А.Г. Вишневого, важным фактором демографической модернизации было развитие капитализма, способствующее изменению отношения к здоровью работников (улучшение медицинского обслуживания, рост благосостояния населения, повышение грамотности населения и повышение внимания людей к гигиеническим требованиям) [26].

Демографическая модернизация привела к изменению доминирующих в науке представлений о причинах многих хронических заболеваний, ранее объяснявшихся естественными процессами старения. Так, если в начале 1950-х гг. считалось, что коронарный атеросклероз является заболеванием пожилых людей (возможно, следствием перенесенной ранее патологии), которое предотвратить невозможно, то позже утвердилось мнение о возможности контроля основных факторов, приводящих к сердечно-сосудистой патологии. Одновременно обнаружилось, что увеличение продолжительности жизни, вызванное устранением внешних причин заболеваемо-

сти и смертности, дает людям 50 лет очень незначительное преимущество с точки зрения ожидаемой продолжительности жизни в отличие от изменения их поведения [125].

По мнению специалистов, на территории Российской империи процесс демографической модернизации начался значительно позже (в XIX в.) и поэтому показатели общественного здоровья на постсоветском пространстве имеют свою специфику. Это ставит перед психологией здоровья особые задачи, связанные со значительным вниманием к поведенческим факторам риска. Признаками незавершенной демографической модернизации являются достаточно высокий уровень смертности среди людей трудоспособного возраста, значительная доля внешних причин (травмы, отравления) в структуре смертности, дисбаланс заболеваемости и смертности мужчин и женщин, городского и сельского населения [36; 49].

В поддержку гипотезы о том, что в Российской империи демографический переход происходил с большим отставанием, говорят статистические данные. Например, в 1926 г. одно из первых мест в структуре причин смерти занимал туберкулез (10 % всех умерших в городах европейской части России, на Украине и в Белоруссии), т.е. инфекционное заболевание, вызванное внешней причиной. Наибольшая смертность приходилась на возраст от 20 до 40 лет. Главной же причиной детской смертности была пневмония, что также не соответствует логике демографической модернизации [36].

Другое объяснение создавшемуся положению предлагает И. В. Журавлева. Она считает незавершенность демографического перехода результатом того, что в советской медицине так и не была разработана успешная стратегия профилактики хронических заболеваний. Этому помешало «хроническое недофинансирование здравоохранения в сочетании с несформированностью у населения стимулов для индивидуальной активности в борьбе за сохранение своего здоровья» [44. С. 85].

Интерес людей к проблемам здоровья, обусловленный процессом демографической модернизации, способствовал развитию различных наук – эпидемиологии, гигиены, социологии. В следующей главе мы рассмотрим, какой вклад вносит каждая из них в проблему профилактики заболеваний и какова специфика психологических исследований здоровья.

ГЛАВА 2. ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ, ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ И НАПРАВЛЕНИЯ ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ

2.1. Науки о здоровье

Здоровье является объектом исследования различных направлений научного знания, в каждом из которых его сущность и факторы понимаются специфическим образом. С исторической точки зрения первым таким направлением была *гигиена* – раздел медицины, предметом которого является влияние факторов природной и социальной среды на здоровье человека. Соответственно содержанию этих факторов выделяют гигиену труда, гигиену питания, коммунальную гигиену и др. *Социальная гигиена* наиболее тесно связана с психологией здоровья. Она изучает закономерности влияния социально-экономических условий и образа жизни на здоровье населения.

Следует отметить, что в 1870–1890 гг. в царской России общая гигиена была весьма широкой областью исследований, включающей в себя самые разные проблемы общественного здоровья. Вначале акцент делался в основном на оздоровлении окружающей среды, однако постепенно повысился интерес к определению характера взаимосвязи болезни и социальных факторов. В СССР развитием социальной гигиены активно занимался Н.А. Семашко. Он опирался на труды К. Маркса, в которых демонстрировалась связь условий жизни рабочего класса и заболеваний [90]. Исходя из подобной точки зрения, болезни необходимо рассматривать как социальные явления. Предполагалось, что врач будущего должен быть прежде всего социологом, анализирующим условия труда и быта людей и показывающим, как эти условия можно изменить в лучшую сторону.

Другим направлением медицинской науки, сыгравшим значительную роль в исследованиях общественного здоровья, была *эпидемиология*. Первоначально предметом эпидемиологии являлись закономерности возникновения и распространения инфекционных болезней, однако в настоящее время в сфере ее интересов находятся все заболевания. Развитию эпидемиологии способствовало постепенное накопление знаний о неслучайном характере распространения инфекций, что по-

зволило сделать обоснованные выводы об их причинах и разработать соответствующие меры профилактики.

На протяжении всей истории человечества людям угрожали эпидемии. Пандемия бубонной чумы (черной смерти) в XIV в. привела к гибели 40 млн человек – 1/3 европейской популяции. Вплоть до XX в. она оставалась самой масштабной инфекционной катастрофой в истории. В XVIII в. распространенной инфекцией была оспа. Как указывает А.Г. Вишневский, есть основания полагать, что от нее умирал каждый седьмой или восьмой житель Европы, а из детей – каждый третий. Наконец, в 1918–1920 гг. в результате пандемии так называемой инфлюэнцы – испанки (грипп, вызванный вирусом H1N1) умерли, по разным подсчетам, от 50 до 100 млн человек. В России и СССР в XX в. в результате брюшного тифа (1917–1921 гг.) погибло 3 млн человек.

Однако наиболее распространенной инфекцией на рубеже XIX–XX вв. был туберкулез. И. Б. Бовина и Т. Б. Панова отмечают, что он оказал значительное влияние не только на здоровье населения, но и на общественное сознание: «с его распространением фигура больного становится социальным феноменом. ... Времени, «отпущенного» болезнью, хватало на то, чтобы сформировать новую идентичность, а также быть воспринятым другими в этом новом качестве» [10. С. 61].

В конце XIX – начале XX в. существенное влияние на развитие эпидемиологии оказывали экономический рост и усилившиеся в связи с этим миграционные процессы. Решение задач профилактики инфекционных заболеваний стимулировало создание международных санитарных организаций, привело к разработке новых методов медицинской статистики, способствовало развитию санитарного просвещения [36; 128]. Поистине революционные преобразования произошли в эпидемиологии во второй половине XX в., когда эмпирические исследования позволили выявить факторы возникновения наиболее угрожающих человечеству недугов.

Исследование в г. Фрэмлингем (США) было начато в 1948 г. по инициативе Национального института сердца для выявления факторов развития сердечно-сосудистых заболеваний. Население города составляло 68 000 человек. После тщательного обследования были отобраны жители в возрасте 30–60 лет (5127 чел.), у которых не обнаруживались признаки заболеваний сердечно-сосудистой системы. Опрос и обследование повторялись каждые два года. Полученные таким образом

результаты оказали огромное влияние не только на медицинскую науку, но и на общество в целом, поскольку обсуждались как в академической среде, так и в средствах массовой информации. Приведем наиболее важные из них:

1961 г. – установлено, что повышенный уровень холестерина, артериального давления, а также аномальная кардиограмма связаны с увеличением риска заболеваний сердца;

1970 г. – выявлена положительная корреляция между повышенным артериальным давлением и возможностью инсульта;

1976 г. – обнаружено, что менопауза усиливает риск заболеваний сердца;

1997 г. – получены убедительные данные относительно положительного влияния на сердце физической активности и отрицательного влияния ожирения.

Исследование продолжается; несколько раз в него включались новые группы испытуемых – потомки участников первого этапа или супруги потомков. Расширился и круг решаемых в исследовании задач. В разное время проводились дополнительные измерения для выявления детерминант артрита, диабета, остеопороза, болезни Альцгеймера [159]. В рамках этого исследования получила эмпирическое подтверждение гипотеза о роли личности в развитии сердечно-сосудистых заболеваний. Главным же результатом фрэмингэмского исследования можно считать вывод о том, что именно поведение индивида является предиктором заболеваний сердца и ранней смерти [187].

Исследование в графстве Аламеда (США). Этот проект был направлен на выявление психосоциальных детерминант здоровья и долголетия – например, влияния здоровых привычек на продолжительность жизни. Исследование началось в 1965 г. В течение 25 лет проводилось наблюдение за 6928 респондентами, которые заполнили анкету, содержащую вопросы об их образе жизни и интересах, о характере отношений с окружающими. Результаты свидетельствуют о наличии положительной связи социальной поддержки, религиозной активности и здоровья. Также выяснилось, что люди с вредными привычками имеют в 3,11 раз больший риск умереть от заболеваний сердца, чем люди, ведущие здоровый образ жизни. По мнению исследователей, такой образ жизни предполагает:

- 1) отказ от курения;
- 2) умеренное употребление алкоголя;
- 3) умеренную физическую активность;

- 4) средний вес;
- 5) 7–9-часовой ночной сон [186].

Исследование в г. Куопио (Финляндия) было направлено на выявление факторов развития заболеваний сердечно-сосудистой системы и преждевременной смерти у лиц среднего и пожилого возраста. Именно в этом городе был зафиксирован наиболее высокий в мире уровень мужской смертности от болезней сердца.

Исследование началось в 1984 г. Первоначальная выборка состояла из 2682 мужчин, однако затем в число испытуемых вошли и женщины. Испытуемые проходили медицинский осмотр и устное интервью, заполняли различные опросники. Основным результатом исследования можно считать выявление социальных и психологических факторов развития сердечной патологии. К их числу относятся социоэкономический статус (определяемый на основе оценки образования, профессии, дохода, социоэкономического статуса индивида в детстве), эмоциональное состояние (гнев, враждебность, выученная беспомощность, алекситимия), стресс, поведение человека (употребление алкоголя, курение, физическая активность, рацион питания) [152].

В 1950–1970 гг. Центральный научно-исследовательский институт санитарного просвещения СССР также проводил исследования поведения в сфере здоровья.

В 1960-е гг. в СССР были организованы научные экспедиции с целью установления характера связи между заболеваемостью раком и образом жизни людей различных климато-географических зон. Анализ результатов позволил сделать следующие выводы: «В районах, где отмечена высокая заболеваемость раком полости рта, до 87 % обследованных мужчин закладывают под язык нас (смесь табака, золы и извести). Среди них 99 % не осведомлены о вредности этой привычки, не знают, что именно нас является причиной возникновения очагов лейкокератоза полости рта – предракового заболевания, которым они страдают годами. Рак кожи выявляется чаще всего среди людей, много времени находящихся на солнце (пастухов, хлопкоробов, моряков и т. п.), особенно среди тех, кто носит головные уборы, не затеняющие лицо (тюбетейки, тушюры, сванки и т. п.). Реже это заболевание развивается у тех, кто пользуется широкополыми шляпами, мохнатыми тельпеками и т. п. До 98 % обследованного местного населения не знают о возможных последствиях многолетней инсоляции и поэтому не придают ей значения. Рак пищевода наиболее часто отмечается в районах Крайнего Севера, где до 96 % обследованных представителей этнических групп населения с

юных лет систематически пьют слишком горячий чай, не считая это вредным для слизистых оболочек пищевода. У якутов, кроме того, принято есть строганину из замороженного сырого мяса, а главным образом из костистой рыбы. <...> В Бурятской АССР из числа опрошенных женщин-буряток оказалось 81 % курящих. Этот факт нельзя не связать с тем, что у буряток предраковые заболевания органов дыхания отмечаются столь же часто, как и у мужчин. Наиболее низкая заболеваемость органов дыхания отмечена на Памире (Таджикская ССР), где среди опрошенных таджиков не было курящих. В Среднеазиатских республиках женщины коренных национальностей не прибегают к абортam, часто рожают и продолжительное время вскармливают детей грудью. Эти факторы, способствующие сохранению активной физиологической функции молочных желез, имеют значение для профилактики мастопатии и других предопухолевых заболеваний» [12. С.11–12].

Эпидемиологические исследования способствовали утверждению концепции *«факторов риска»*.

Факторы риска – «потенциально опасные для здоровья факторы поведенческого, биологического, генетического, экологического, социального характера, окружающей и производственной среды, повышающие вероятность развития заболеваний, их прогрессирования и неблагоприятного исхода» [66. С. 10].

Данная концепция не только сыграла важную роль в развитии медицины, но и способствовала возникновению психологии здоровья. Оказалось, что хронические заболевания могут быть предотвращены благодаря определенной профилактической активности индивида. Естественным образом появился интерес к социально-психологическим детерминантам данной активности [124]. Однако концепция факторов риска имеет ряд недостатков. Первый из них заключается в отождествлении факторов риска с причинами заболевания. Вклад факторов риска в развитие соматической патологии является вероятностным, в то время как истинные механизмы развития заболевания остаются неизвестными. Подобные данные получаются в корреляционных исследованиях и не позволяют делать выводы о причинно-следственных связях. Соответственно наличие даже очень высокого риска необязательно приводит к заболеванию, а то, что на индивида не действует ни один из известных медицине патогенных факторов, не гарантирует ему хорошего здоровья. Кроме того, концепция факторов риска акцентирует внимание на сознательном поведении индивида, игнорируя роль социальной среды в развитии той или иной патологии. Социолог и историк Д. Ароновиц отмечает,

что, с одной стороны, переход от биологических концепций к концепции факторов риска, включающей в себя психологические и социальные компоненты, это переход к более целостной, холистической модели здоровья. С другой стороны, эта модель онтологизирует факторы риска, которые, по сути, являются продуктом статистических процедур (их выделение всегда связано с возможностью ошибки), и способствует перекладыванию полной ответственности за свое состояние на индивида [125].

Эпидемиологические исследования в целом не направлены на выявление того, как живут исключительно здоровые люди, или долгожители. Не изучалось и отношение этих групп населения к вопросам здоровья и болезни, их эмоциональное состояние.

В последнее время модели профилактики заболеваний на основе факторов риска начинают подвергаться критике. Прежде всего ученые отмечают, что они строятся исходя из контроля

Профилактика – это обоюдоострый процесс. Он может не только улучшать, но и при неумелом обращении ухудшать здоровье населения. *Р.Г. Оганов, И.А. Гундаров* [80. С.]

факторов развития сердечно-сосудистых заболеваний; при этом не учитываются иные источники проблем со здоровьем.

Иногда профилактика заболеваний действительно может иметь негативные эффекты. К ним относятся:

– «перекачка смертности» (контроль факторов риска одних заболеваний приводит к росту других недугов);

– снижение качества жизни (имеются люди, которые «спасают» себя от различных факторов риска ценой отказа от полноценного существования);

– устранение факторов риска не дает человеку гарантии здоровья, поскольку (как было уже указано) они не являются в строгом смысле этого слова причинами заболеваний [80].

В результате происходит разочарование значительной части населения в идее профилактики, потеря интереса к научной информации медицинского характера с одновременным оживлением интереса к мистике и нетрадиционным методам лечения. Тем не менее эти недостатки не уменьшают значимость эпидемиологических концепций. Скорее они указывают дальнейшие направления развития профилактики.

Выявление причин эпидемий и факторов развития хронических неинфекционных заболеваний актуализировало проблему распространения медицинских знаний среди населения и саму по себе проблему здорового образа жизни. В свою очередь опыт просветительской работы в очагах эпидемий и с группами риска показал влияние представлений о болезни, культурных норм и ценностей, социальной ситуации на отношение людей к здоровью и медицинским рекомендациям.

В то время как эпидемиология ориентирована на исследование болезней, обширный материал относительно механизмов здоровья накоплен в рамках валеологии. *Валеология* – это наука о здоровье, путях его формирования и сохранения. Основателем валеологии является врач И.И. Брехман [13]. Э.Н. Вайнер выделяет следующие направления валеологии: общую, медицинскую, педагогическую, возрастную, дифференциальную, профессиональную, специальную, семейную, экологическую и социальную [21]. Задачами валеологии являются:

- разработка и реализация представлений о сущности здоровья;
- выявление факторов, влияющих на здоровье;
- разработка методов количественной оценки, диагностики и прогнозирования здоровья;
- разработка и оценка эффективности индивидуальных оздоровительных программ;
- мониторинг состояния здоровья индивида [75].

Э.Н. Вайнер подчеркивает накопившиеся в процессе эволюции человека противоречия между его биологической сущностью и актуальными условиями жизни: снижение двигательной активности, повышение психических нагрузок, чрезмерно комфортные условия существования, исключающие естественный отбор и делающие отличное здоровье необязательным условием выживания, употребление в пищу синтезированных, прошедших технологическую переработку продуктов [21]. Врачи-валеологи разрабатывают методы диагностики здоровья и рекомендации по его поддержанию.

Еще одним отличием валеологического подхода к здоровью от подхода, основанного на выделении факторов риска, является то, что последний основан на усреднении данных, полученных в исследовании больших групп населения. Валеологи же ориентированы на исследование уникальных факторов индивидуального здоровья.

В англоязычной литературе термину «валеология» в наибольшей степени соответствует термин «поведенческая медицина». Под ним понимается междисциплинарная область знания, направленная на применение достижений наук о человеке в сфере здравоохранения. Клиническая поведенческая медицина активно использует концепции и методы психофизиологии (стресса, биологической обратной связи, релаксации и др.) и поведенческой психотерапии. Профилактическое направление поведенческой медицины ориентировано на поддержку людей в достижении оптимального здоровья.

Предметом *социологии медицины* являются социальные факторы здоровья и болезни. Некоторые авторы (например, Е.В. Дмитриева) предлагают использовать термин «социология здоровья», имеющий похожее содержание. Предметом социологии здоровья является изучение закономерностей и механизмов формирования и поддержания здоровья (макросоциальные механизмы – например, социальная политика в области здравоохранения и здоровья и т.п.), а также факторов, определяющих здоровье и превентивное поведение (в том числе и состояние правовой сферы) [37; 137].

Важнейшие показатели общественного здоровья исследуются *демографией* – наукой о закономерностях воспроизводства населения. Под воспроизводством населения понимается «непрерывное возобновление его численности и структур через смену поколений, через процессы рождаемости и смертности» [65. С. 8–9]. Демография связана с масштабной статистикой, характеризующей население страны или региона в целом. При этом демографические данные в их исторической динамике служат важными индикаторами экономического, социально-политического и психологического благополучия того или иного общества. Данная наука возникла в начале XX в., когда, как пишет А.Г. Вишневский, «оказалось, что изменения в рождаемости и смертности ... меняют очень многое как в жизни отдельного человека, так и в жизни целых населений ... что эти процессы зависят от воли и деятельности людей гораздо сильнее, чем думали прежде» [25. С. 5].

В социологии и медицине постоянно подчеркивается, что общественное здоровье – это не просто сумма здоровья всех людей. Однако, если невозможно контролировать отношение к политике в области здравоохранения и здоровье на уровне отдельных индивидов и социальных групп, нельзя контроли-

ровать и макроуровень здоровья. Утверждение этой идеи способствовало развитию психологии здоровья.

2.2. Предпосылки и история развития психологии здоровья

В конце 1960-х гг. сложились благоприятные условия для интенсивного развития психологических исследований здоровья, что было обусловлено действием ряда следующих факторов.

1. Демографическая модернизация и связанный с ней рост продолжительности жизни, изменение структуры заболеваемости и смертности определили увеличение расходов на здравоохранение, поставили перед обществом новые задачи, которые не могли решаться исключительно административными или просветительскими мерами. Были обнаружены фундаментальные различия в отношении людей к острым, т.е. непосредственно угрожающим жизни, и к хроническим болезням. Последние значительной частью населения рассматриваются как неизбежные, и их опасность игнорируется.

2. Эпидемиологические исследования способствовали распространению концепции факторов риска и вытекающего из нее положения об обусловленности хронических заболеваний поведенческими факторами, которые могут быть исследованы и проконтролированы психологическими методами. В практической сфере это означало повышение внимания к поведению больших групп здоровых людей. Сравнивая кампании по профилактике туберкулеза, которые особенно интенсивно проводились в первых десятилетиях XX в., с мероприятиями по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, Р. Аронович находит в них существенное отличие. Ранняя модель профилактики туберкулеза предполагала выявление людей, которые либо еще не знали, что они больны, либо знали, но не обращались за помощью. В противоположность этому программы профилактики сердечно-сосудистых заболеваний были направлены на популяцию в целом, поскольку предполагается, что каждый человек подвергается данному риску [96].

3. Появление новых техник социального администрирования, которые основывались на идее ответственного индивида, обязанного самостоятельно защищать себя от риска. Столь широкое распространение концепции факторов риска не только среди научной общественности, но и среди населения

в целом можно объяснить тем, что она соответствовала социальным ценностям, характерным для неолиберального общества.

4. Разочарование в биомедицинских методах лечения, повышение интереса к конкурирующим теориям в сфере здоровья. В 1960–1970-е гг. широкую известность получают публикации М. Фуко, Э. Фридсона, А. Иллича, в которых критике подвергаются высокая стоимость и низкая эффективность медицинских услуг, а также неудовлетворительное качество взаимодействия врача и пациента

5. Кризис медицинского просвещения, выражающийся в несоответствии роста медицинских знаний среди населения и отсутствия мотивации к изменению образа жизни. Разработанные на тот момент методы просвещения оказались неэффективными в сфере профилактики хронических заболеваний. Такая профилактика требовала от людей значительных усилий, а ее результаты не сразу становились заметными.

Психология здоровья как самостоятельное научное направление стала развиваться в 1970–1980-х гг. Отметим некоторые важные даты ее становления:

1973 г. – по поручению руководства Американской психологической ассоциации формируется рабочая группа для определения перспективных направлений исследований в области здоровья;

август 1975 г. – в рамках секции «Public service» создается группа по психологии здоровья, в состав которой вошли 150 человек. Ее президентом избран У. Шоффилд;

1978 г. – основано самостоятельное подразделение психологии здоровья (включающее 2500 членов) под председательством Дж. Матараццо;

1979 г. – опубликована первая монография по психологии здоровья под редакцией Дж. Стоуна, Н. Адлер и Ф. Козна;

1982 г. – вышел в свет первый номер журнала «Health Psychology»;

1986 г. – создано Европейское общество психологии здоровья.

На постсоветском пространстве психология здоровья как самостоятельное направление начала развиваться на несколько десятилетий позже, чем за рубежом. Первые публикации, в которых шла речь о психологических факторах здоровья, относятся к концу 1980-х гг., причем они встречаются в основном в журналах по социологии. В 1991 г. в Вестнике Ленинградского университета публикуется статья Н.В. Водопьяно-

вой и Н.Е. Ходыревой «Психология здоровья», в которой был представлен анализ современных зарубежных исследований на эту тему. Первая докторская диссертация (И.Н. Гурвич. Социальная психология здоровья) защищена в 1990 г.

Для отечественной психологии характерен особый, отличающийся от мировой психологической традиции, подход к проблемам здоровья. Например, Г.С. Никифоров [57. С. 27] рассматривает психологию здоровья как «науку о психологическом обеспечении здоровья человека», проблемное поле которой включает критерии психического и социального здоровья, психологические факторы здорового образа жизни, методы мотивирования к здоровому образу жизни, психологические механизмы здорового поведения, факторы, влияющие на отношение к здоровью, методы профилактики психических и психосоматических заболеваний, а также состояний предболезни личности, разработку концепций здоровой личности, разработку индивидуально ориентированных оздоровительных программ, определение психологических механизмов стрессоустойчивости. Заметим, что в отличие от определения Дж. Матараццо Г.С. Никифоров не включает в актуальные проблемы психологии здоровья совершенствование системы оказания медицинской помощи.

Для большинства отечественных авторов наиболее важной задачей представляется исследование здоровья как целостного, интегративного состояния личности, включающего в себя психологический и духовно-нравственный компоненты. При описаниях здоровья делается акцент на саморазвитии, ценностях, самоактуализации. Это нашло свое отражение и в том, как определяется концептуальная основа психологии здоровья (теории стресса, теории развития личности, психотерапевтические подходы, концепции саморегуляции психических состояний и др.). Можно заметить, что из всех видов поведения, связанного со здоровьем, наибольшее внимание уделяется физической активности, проблемам табакокурения и употреблению алкоголя, репродуктивному поведению, а наименьшее – обследованиям у врача, самолечению, вакцинации.

2.3. Теоретические основы психологии здоровья

Психология здоровья – это «область научного знания, изменяющая психологические теории и методы в сфере охраны

здоровья, профилактики и лечения болезней для идентификации этиологических факторов и диагностических критериев здоровья и болезни, а также для анализа и усовершенствования системы здравоохранения и политики в области здоровья» [123. С. 8].

Д. Маркс и его соавторы определяют психологию здоровья как «междисциплинарную область, связанную с применением психологического знания и методов к проблемам здоровья, болезни и здравоохранения». Другое определение, принятое большинством национальных психологических ассоциаций, разработано Дж. Матараццо. Из определения следует, что психология здоровья имеет отношение к любой активности, связанной с повышением уровня благополучия населения, однако большинство психологов, работающих в данной сфере, ориентированы на выявление психических и поведенческих факторов физического здоровья.

Выделяют следующие задачи психологии здоровья как области научного знания:

- определение психологических факторов здоровья;
- выявление путей и методов воздействия на поведение людей с целью профилактики болезней и укрепления здоровья, а также оценки эффективности принятых мер;
- улучшение коммуникации внутри системы здравоохранения и взаимодействия медицинских работников и потребителей медицинских услуг;
- исследование социокультурных и индивидуальных моделей здоровья и болезни.

Несмотря на то что определение психологии здоровья, предложенное Дж. Матараццо, наиболее часто приводится в соответствующих публикациях, оно имеет и своих противников. Так, М. МакДермотт считает, что в начале своего развития психология здоровья была направлена на «завоевание территории и последователей», поэтому и определение ее было максимально широким. Однако всеобъемлющий характер психологии здоровья на современном этапе скорее мешает дальнейшему ее развитию. Например, определение затрагивает все виды профилактики, включая третичную, но, как известно, третичная профилактика связана с психологической реабилитацией, которая всегда была в центре внимания клинических психологов (определение Дж. Матараццо в целом базируется на том, что у психологии здоровья и клинической психологии имеется много общих тем). В связи с этим М. МакДермотт считает, что

термин «поведенческое здоровье» помогает решить эту проблему. Он определяет поведенческое здоровье как междисциплинарную область знания, сконцентрированную на поддержании здоровья и предотвращении болезней у изначально здоровых людей. Таким образом, фокус внимания смещается к сфере первичной профилактики, связанной со стимулированием здорового поведения. В силу значительного многообразия современных психологических исследований здоровья достаточно сложно дать четкую характеристику их основам. Однако можно выделить ряд ключевых идей, которые отличают эту область знания от других разделов психологии и от более ранних гуманитарных исследований в сфере здоровья и болезни:

- здоровье является сложным многоуровневым феноменом, требующим системного анализа;
- психологические факторы здоровья опосредуют действие его биологических и социальных факторов;
- рискованное и безопасное поведение является ключевым понятием психологии здоровья – все остальные психологические особенности могут влиять на здоровье в основном через поведение;
- основной задачей психолога являются выявление и контроль факторов рискованного и безопасного поведения.

Что касается двух последних положений, то они в настоящее время подвергаются сомнению представителями критического направления в психологии здоровья, о чем будет сказано ниже.

2.4. Направления психологии здоровья

Критическое осмысление концепций и практик психологии здоровья, характерных для начального этапа ее развития, в 1990-е гг. привело к выделению нескольких ее самостоятельных направлений. Каждое из них отличается своими теоретическими основами, декларируемыми ценностями, задачами и методами исследования. Существует несколько вариантов их классификации. Например, Д. Маркс выделяет клиническую психологию здоровья, психологию общественного здоровья, психологию здоровья сообществ и критическую психологию здоровья [175].

Клиническая психология здоровья решает задачу повышения эффективности лечения соматических заболеваний за счет контроля психологических и поведенческих факторов, а также оптимизации взаимодействия в медицинской среде.

Психология общественного здоровья применяет психологические теории и методы для улучшения здоровья на уровне популяции.

В отличие от психологии общественного здоровья, ориентированной на изучение больших групп населения (жителей страны, региона или даже континента), *психология здоровья сообществ* содействует укреплению здоровья и профилактике заболеваний в группах людей, имеющих сходные политические, социальные и экономические интересы и проживающих, как правило, в одной местности. Важными ее целями являются повышение уровня субъективного благополучия, индивидуальной и коллективной самоэффективности, психологическое содействие полезным для сообщества социально-экономическим изменениям.

Критическая психология здоровья ориентирована на исследование взаимосвязи социально-экономического неравенства, дисбаланса власти, политических процессов и здоровья, а также влияния социально-политических факторов на работу системы здравоохранения. При этом критическому осмыслению подвергаются не только медицинская, но и психологическая теория и практика.

Классификация направлений психологии здоровья с использованием предложенных Д. Марксом критериев (цели, методы исследования, ценности) представляется достаточно сложной задачей. Например, многие исследования являются клинико-ориентированными и критическими одновременно. Аналогичным образом подходы к решению задач психологии общественного здоровья имеют много общего с подходами критической психологии здоровья.

Другой вариант классификации – разделение направлений психологии здоровья на медико-ориентированное (оно же «классическое», или, как пишет Дж. Эпворт, «доминирующее») и критическое.

Представители *медико-ориентированного направления* позиционируют психологию здоровья как науку, содействующую интересам системы здравоохранения. В нем принимаются как должное все концепции и практики, разработанные в рамках медицины. Например, если профилактическая меди-

цина считает важным средством сохранения здоровья популяции отказ от употребления в пищу продуктов с высоким содержанием холестерина, то психологи должны содействовать соответствующим изменениям в поведении людей.

Анализируя работы, выполненные представителями *критического подхода*, можно заметить, что их теоретической основой являются концепции постмодернистской психологии и философии, в которых отрицается способность науки (особенно науки о человеке) открывать реальность, предшествующую началу исследования. В частности, здоровье и болезнь не рассматриваются более как естественно возникающие биологические события. Они приобретают значение реальных феноменов тогда, когда (и в зависимости от того, как) это значение будет социально сконструировано. Таким образом, любая концепция здоровья или болезни – это культурный продукт, специфичность которого определяется его локализацией и временем возникновения. Критический исследователь должен развивать в себе способность к рефлексии по поводу социокультурного контекста своей профессиональной деятельности и рассматривать ее как моральную практику [214].

Поскольку в период зарождения постмодернизма психология здоровья только начинала формироваться, основное количество критически ориентированных работ, в которых делается попытка осмыслить ценности, методологию, социальный контекст развития данной отрасли, появляется в 1990-е гг. [174]. Претензии представителей критического подхода к доминирующей психологии здоровья выглядят следующим образом:

- отсутствие оригинальных (разработанных именно для сферы здоровья) теорий, а также невозможность создать адекватную систему измерений основных переменных, входящих в модели безопасного поведения;
- преимущественно клиническая ориентация ученых и практиков, недостаточно активная работа со здоровым населением вне медицинских учреждений;
- индивидуализм, проявляющийся в стремлении описывать и предсказывать поведение человека как самостоятельной единицы, изолированной от социума, чья активность направляется исключительно собственными решениями;
- игнорирование проблемы социального неравенства и соответственно оторванность от проблем социальной политики;
- недостаточная подготовленность психологов к решению практических задач [17; 175].

Психолог Р. Бунтон полагает, что ответственный человек (по крайней мере так, как он описывается в психологии здоровья) – это «дешевый» для государства гражданин. Согласно его мнению, современные проекты в сфере общественного здоровья, разрабатываемые и поддерживаемые под эгидой ВОЗ, способствуют созданию «хомо экономикуса», чье рискованное поведение рассматривается по аналогии с рисками на финансовых рынках [135]. К этой критике присоединяются и социологи. Социолог А. Петерсен пишет, что, поскольку выбор поведения всегда опосредован политико-экономическими и социальными факторами, попытки принуждать людей к определенному стилю жизни являются репрессивными. Однако этого требуют новые техники социального администрирования: для субъекта создается определенная сфера свободы, внутри которой он может развить регулируемую автономию посредством самозаботы, самоулучшения и самоисследования [208; 209].

Обратим внимание на то, что сфера интересов критической психологии здоровья не вполне соответствует традиционному пониманию предмета психологии. В публикациях на эту тему редко используются ключевые для психологической науки термины, такие, как «психика», «поведение», «сознание», «самочувствие» или «отношение к здоровью». С точки зрения данного подхода главной детерминантой здоровья является власть как средство достижения социального благополучия [204].

Термин «власть», как правило, используется сторонниками критической психологии здоровья в широком смысле. Например, Дж. Огден [204] анализирует биопсихосоциальную модель, используя понятия, связанные с борьбой и господством: «реальный вызов биомедицинскому дискурсу», «границы души и тела на самом деле не нарушены», «приоритет биомедицинской модели», «право на существование» и др. Следуя этой логике, критическая психология здоровья должна положить конец господству медицины и биомедицинским моделям. Биологические факторы не должны более рассматриваться как главнейшие в развитии болезней [205].

«Узкое» понимание власти в критической психологии подразумевает власть над качеством физического окружения, возможность определять приоритеты и политику здравоохранения, получать информацию о здоровье, а также власть СМИ, которая проявляется в их способности формировать новые концепции здоровья и пропагандировать практики здорового

поведения. Согласно И. и О. Прилелтенски, ценность здоровья заключается не в здоровье самом по себе, а в связанном с ним чувстве общего благополучия, удовлетворенности жизнью и социальной значимости [205].

М. Кросли [147] анализирует борьбу за право контролировать собственное тело и поведение, которая разворачивается между индивидом и обществом в лице представителей системы здравоохранения. В современной культуре, считает автор, здоровье и здоровое поведение связаны с понятиями нравственности и добродетели. Однако стоит задуматься, все ли хотят, чтобы их считали «хорошими» и «послушными»? Рискованное поведение можно рассматривать как бунт против доминирующих социальных и культурных ценностей.

Сопротивление биополитике обусловлено индивидуально-личностными, ситуационными и социокультурными факторами, пишет Э. Дауд [149]. Если пропаганда здорового образа жизни воспринимается как попытка узурпирования власти, это будет повышать мотивацию к рискованному поведению. В исследованиях было показано, что мужчины обладают большей склонностью сопротивляться профилактическим мероприятиям, однако такая модель поведения активизируется лишь в особых ситуациях. Исходя из полученных результатов, М. Кросли делает следующие выводы:

- необходимо перестать рассматривать как должное полезность всех медицинских интервенций и ограничить доминирование медицинского дискурса;
- рискованное поведение является психологически понятным ответом на определенные воздействия;
- никто не может обладать монополией на моральные суждения [146].

Критическая психология здоровья представляет собой обширную область исследований, которые проводятся с опорой на качественную методологию: дискурсный и нарративный анализ, кейс-методы и др. [147].

Еще одним вариантом классификации различных направлений в психологии здоровья является разделение их по критерию целевой группы исследования или воздействия. В соответствии с этим можно выделить психологию индивидуального и психологию общественного здоровья. Значительная часть отечественных публикаций посвящена проблемам сохранения индивидуального здоровья. В них активно используются положения современной валеологии, психофизиологии, психоте-

рапии. *Психология индивидуального здоровья* изучает психологические факторы и разрабатывает психологические методы, которые могут содействовать здоровью индивида за счет его собственной активности. В свою очередь *психология общественного здоровья* исследует психологические факторы здоровья, действующие на групповом уровне.

Таким образом, основными критериями для дифференциации направлений в психологии здоровья являются целевые группы и отношение к биомедицинской модели. Схематически основания для классификации представлены на рис. 2.1. В каждом из квадрантов приводится соответствующая тематика исследований.



Рис. 2.1. Основные направления исследований в психологии здоровья

Методологические принципы психологических исследований общественного здоровья могут быть сформулированы следующим образом.

1. Общественное здоровье – это социальный феномен, требующий специфических методов исследования и специфических мероприятий. Прежде всего необходимо перейти от анализа индивидуального поведения к исследованию психологических механизмов, которые способствуют формированию географических, социоэкономических, гендерных, возрастных и этнических различий в состоянии здоровья, а зна-

чит, более активно проводить популяционные исследования и использовать достижения эпидемиологии. При этом для психологии общественного здоровья могут быть полезными не только медицинские данные. Как пишет У. Флик, полезно развивать эпидемиологию репрезентаций, ресурсов и рисков, т.е. изучать на популяционном уровне психосоциальные феномены, имеющие отношение к здоровью [156]. Дж. Вардл и А. Стептоу полагают, что исследования общественного здоровья по своему дизайну и целям должны быть сходными с социологическими и эпидемиологическими проектами. В частности, речь идет о соблюдении требований репрезентативности выборки, о мощности статистических критериев, о значимости слабых статистических эффектов на уровне популяции, о различных подходах к определению эффективности психологических интервенций и др. Например, как оценивать успешность воздействия, если после ежегодной диспансеризации 3 % обратившихся к врачу курильщиков решили отказаться от употребления табака? Психологи привыкли рассматривать такого рода эффекты как незначимые, однако если из 15 млн британских курильщиков 11 млн проходят ежегодные обследования, то реальное количество бросивших курить составит 330 000 человек – количество, которое разумный специалист в области здравоохранения не должен игнорировать [240]. Дж. Такер и другие исследователи указывают на существенное различие клинко-психологических интервенций и интервенций в сфере общественного здоровья. Прежде всего клинко-психологические интервенции предполагают серьезное, требующее длительного времени и значительных затрат воздействие на одного человека или на маленькую группу людей, в то время как в психологии общественного здоровья речь идет в основном о небольших и относительно малозатратных (в пересчете на одного человека) интервенциях. Также эти интервенции требуют меньшего персонального контакта и к их практической полезности должны предъявляться более строгие требования [240].

2. Здоровье, как и болезнь, должно рассматриваться в социальном контексте. Необходимо изучать модели поведения, знания и ценности в сфере здоровья, характерные для определенного общества.

3. Общественное здоровье является продуктом исторического развития, поэтому характерные для данной области проблемы невозможно эффективно решать без учета того, как они формировались в определенной культуре и в определен-

ную эпоху. Провозглашаемые в борьбе с болезнями приоритеты, модели профилактики, социальные репрезентации, поведение и отношение к здоровью необходимо рассматривать как специфичные для того или иного временного периода явления, содержание и характеристики которых отражают ценности и притязания на власть определенных социальных групп, особенности политической системы. В связи с этим такой исторический анализ должен быть направлен на изучение исторических процессов и закономерностей, определивших современные проблемы общественного здоровья [133].

4. *Решение проблем общественного здоровья требует междисциплинарных и многоуровневых исследований и интервенций.* Психолог Дж. Эпворт выделяет следующие уровни применения психологии здоровья: индивидуальный; внутригрупповых и межгрупповых связей и отношений; макросоциальный; экологический [176]. Сторонники междисциплинарного подхода утверждают: многие проблемы психологии здоровья связаны с тем, что ее основные теории являются производными от общепсихологических концепций. В результате они имеют минимальную экологическую и научную валидность [174]. Психологи должны более активно сотрудничать с социологами, врачами-валеологами, политологами, эконостами.

5. Психология общественного здоровья нуждается в *особой теории, основанной на принципах системного подхода.* До сих пор в сфере общественного здоровья использовались психолого-педагогические теории, релевантные для повышения уровня грамотности в области психологического здоровья, в которых в качестве аксиомы принимается допущение, что это будет обязательно способствовать профилактическому поведению. В сфере общественного здоровья с неменьшим успехом могут применяться концепции социальных репрезентаций, социальной поддержки, социального влияния, коллективной самоэффективности, когнитивно-феноменологическая теория стресса, модель уязвимости к стрессу и др.

При этом психологические факторы должны рассматриваться не изолированно, а в связи с социальными и биологическими условиями. Построение модели такого взаимодействия является основной методологической проблемой для современных наук о здоровье. Например, Ф. Корниш отмечает, что не все модели описывают взаимосвязь различных факторов здоровья. В качестве базовой для построения модели здоровья

Ф. Корниш предлагает экологическую модель У. Бронфенбренера, которая предложена им для описания развития иерархических подсистем:

- микросистемы, влияющие на ребенка (семью);
- мезосистемы – сфера проживания, совокупность микросистем;
- экзосистемы – крупные социальные организации;
- макросистемы.

Свойства микросистем формируются макросистемными факторами. Это означает, что социальное не надстраивается над индивидуальным или биологическим, а присутствует на всех уровнях системы. Таким образом, социальный контекст не является статичной характеристикой – его можно обнаружить лишь посредством наблюдения за реальной деятельностью. Например, способы заботы о здоровье в семье определяются социоэкономическим статусом и культурными традициями [143].

Обобщая сказанное выше, можно определить проблемное поле психологии общественного здоровья:

- культурные и социально обусловленные представления о здоровье и болезни, психологические закономерности их формирования, трансляции и проявления на индивидуальном, групповом и институциональном уровне;
- психологические факторы, определяющие типичные для социальных групп паттерны поведения в сфере здоровья;
- психологическая оценка обоснованности и эффективности профилактических программ, работы системы здравоохранения, социальной политики.

ГЛАВА 3. СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ЗДОРОВЬЯ

Понимание социальных условий жизни как факторов влияния на здоровье было присуще уже мыслителям периода раннего капитализма. Производство носило экстенсивный¹ характер, и залогом его успешного развития являлось поддержание нужной численности фабричных рабочих. Как отмечает Т.С. Сорокина, высокая смертность среди данной категории населения способ-

¹ Экстенсивный характер производства подразумевает его развитие за счет увеличения количества привлекаемых для производства ресурсов (в том числе трудовых) и длительности их использования.

ствовала повышению интереса к установлению характера взаимосвязи внешних факторов и заболеваемости.

В XVII в. важные наблюдения сделали английский предприниматель Дж. Граунт и врач У. Петти. Дж. Граунт на основе анализа таблиц смертности показал связь их показателей с полом человека, его возрастом и образом жизни. У. Петти обнаружил, что численность населения и качество здоровья связаны с численностью врачей и приютов [93]. Бедность стала рассматриваться как важнейшая причина болезней и преждевременной смерти.

Развитие социальной гигиены, социологии медицины, демографии, а впоследствии и психологии общественного здоровья позволило выделить помимо экономического благополучия другие социальные факторы здоровья: справедливость распределения ресурсов в обществе, культурные нормы и ценности, социальные практики ухода за телом, урбанизацию.

3.1. Социальное неравенство и здоровье человека

Первые научные исследования взаимосвязи общественного положения и соматического благополучия индивида проводились в рамках социальной ги-

В 2003 г. предполагаемая продолжительность жизни девочек из Японии составляла 85 лет, а девочек из Сьерра-Леоне – 36 лет (средняя продолжительность жизни в Англии XVII в.) [59]

гиены. Социальные гигиенисты, опирающиеся на идеи марксизма, полагали, что эксплуатация является главным фактором возникновения заболеваний среди рабочего класса [89]. С момента публикации первых работ прошло более ста

лет, но проблема социального неравенства в сфере здоровья все еще остается актуальной. Исследователи отмечают, что разрыв между богатыми и бедными (как странами, так и индивидами) в последние годы лишь увеличивается, а значит, он будет и дальше приводить к усилению неравенства в показателях здоровья [225].

Для определения социально-экономического положения человека используются три показателя:

- уровень доходов;
- профессиональный статус;
- уровень образования.

На основании этих показателей можно выделить несколько социальных классов: низший включает людей, занятых неквалифицированным трудом, к высшему относятся руководители промышленных предприятий, крупные торговцы. Отдельно выделяются группы сверхбогатых (в том числе звезд кино, эстрады) и сверхбедных – бездомных. Выделенные таким образом группы населения имеют сходство образа и условий жизни, культуры, факторов поведения [34].

Направленность *изменения здоровья в связи с изменением социального статуса* получила название «**социальный градиент**» [59]. Эффект этого градиента выражается в следующем:

- с повышением социального класса уменьшается смертность;
- увеличивается ожидаемая продолжительность жизни;
- снижается детская смертность;
- снижается число психических расстройств;
- повышается самооценка здоровья.

Тем не менее распространение некоторых заболеваний не связано с социальным градиентом (например, заболевание ра-

ком молочной железы); появление других, напротив, связано с ним (рак легких). Если шизофрении в большей степени подвержены люди с более низким социальным статусом, то в группах бездомных и сверхбогатых отмечается наибольшая степень выраженности девиантного поведения [34]. Важно не только то, какой

В 2005 г. ЮНИСЕФ опубликовал данные о том, что средняя ожидаемая продолжительность жизни жителя Земли увеличилась с 56 до 63 лет, однако в восемнадцати странах Африки она снизилась по сравнению с 1970 г. [59]

социальный статус имеется у индивида в данный момент, но и каков был его статус в детстве [224].

Рассмотрим некоторые эмпирические данные о взаимосвязи социального неравенства и здоровья более подробно. В 1842 г. Р. Хэдвик опубликовал «Доклад о санитарных условиях работающего населения Великобритании». Оказалось, что средняя продолжительность жизни в различных социальных группах распределяется следующим образом: ««джентльмены» и лица академических профессий и их семьи... 45 лет; торговцы и их семьи ... 26 лет; ремесленники, обслуга, рабочие и их семьи... 16 лет» [113]. В Российской империи подоб-

ные исследования проводили С.А. Новосельский (данные 1902–1912 гг.), М.А. Берлиненбау. Как оказалось, самая высокая смертность от инфекционных болезней, болезней органов дыхания, несчастных случаев наблюдается в наиболее бедных группах населения (в 3–4 раза выше остальных). По данным А.В. Молькова, советского врача-гигиениста, средний рост детей, принадлежащих к правящим классам, в эти годы превышал средний рост детей из семей фабричных рабочих и крестьян [59].

За сто с лишним лет зависимость здоровья от социального статуса кардинально не изменилась. Например, проведенное в Великобритании в 1980 гг. исследование состояния здоровья работающих мужчин, относящихся к различным профессиональным группам (так называемое Уайтхолл-исследование – Whitehall study), подтвердило наличие социального градиента. В исследовании выделялись четыре профессиональные статусные группы: руководители учреждений; профессионалы с высшим образованием и менеджеры среднего уровня; офисные служащие; курьеры и неквалифицированные исполнители. Выборку составили представители одного этноса, имеющие гарантированную занятость и нанятые на работу муниципалитетом. Оказалось, что в каждой более низкой статусной группе обнаруживался более высокий риск болезни и смерти, чем в предыдущей. Социальный градиент остался неизменным и при учете биологических и поведенческих факторов риска [59]. Аналогичные данные были получены и в других странах.

Среди регионов бывшего СССР также можно было обнаружить различия в продолжительности жизни, обусловленные действием экономических факторов. Об этом, в частности, пишет врач А.В. Манулик. Рассматривая статистику долголетия в областях Беларуси, он указывает на прямую связь уровня экономического развития в регионах и демографических показателей [63].

Анализируя динамику социально-экономического положения населения Республики Беларусь за последние двадцать лет, Л. С. Станишевская отмечает *взаимосвязь экономических факторов и показателей ожидаемой продолжительности жизни*. Оказалось, что на них негативно влияет повышение уровня безработицы, увеличение доли расходов на питание в семейном бюджете, а также увеличение доли населения, чьи доходы меньше прожиточного минимума [95]. Обнаружена

отрицательная связь коэффициента смертности трудоспособного населения с уровнем экономической активности.

Кроме определяемого на основе объективных показателей социального класса, значительную роль играют субъективная оценка человеком своего социального положения, его представления о справедливости распределения доходов. Таким образом, градиент здоровья является относительным. Сравни-

Ожидаемая продолжительность жизни афроамериканца при среднем годовом доходе 26 000 дол. составляет 66 лет, в то время как ожидаемая продолжительность жизни жителя Коста-Рики при среднем годовом доходе 6000 дол. – 74 года [34]

тельные исследования ожидаемой продолжительности жизни и распространения заболеваний в различных социально-экономических группах и в различных странах (в том числе исследование в Уайтхолле) показывают, что именно относительный, а не абсолютный социальный статус является важным фактором здоровья

(исследование в Уайтхолле примечательно еще и тем, что все его участники имели гарантированный доступ к медицинской помощи). Чем меньше уровень социально-экономического неравенства в той или иной стране, тем более благополучна ситуация в сфере общественного здоровья. Поэтому важнейшими факторами устранения воздействия социального неравенства на здоровье являются программы содействия раннему развитию ребенка и устранения медицинской неграмотности в депривированных социальных группах [162].

На здоровье независимо друг от друга могут влиять и отдельные показатели социального статуса. Например, начиная

с конца XIX в. в литературе широко обсуждается *взаимосвязь образовательного уровня и здоровья*. В целом считается, что чем он выше, тем выше ожидаемая продолжительность жизни [35].

До сих пор сохраняются различия в уровне здоровья и ожидаемой продолжительности жизни в городе и в сельской местности. В обыденном сознании здоровье человека

Помимо уровня удовлетворенности базисных потребностей требования индивида к доходу и потреблению реализуются еще на двух уровнях: поддержании определенного развития стандартов жизни и чувстве заслуженности вознаграждения за свой трудовой вклад и личные достижения. А. В. Решетников [86]

связывается с природой – в частности, с проживанием вне городов. Однако социально-гигиенические исследования свидетельствуют о том, что урбанизация в целом является важным фактором улучшения общественного здоровья. Это объясняется, во-первых, экономическим и культурным вкладом, который вносят средние и крупные города в развитие прилегающих территорий; во-вторых, доступностью медицинской помощи; в-третьих, более высоким уровнем жизни. А.В. Манулик обнаружил положительные связи между коэффициентом урбанизации (отражающим степень концентрации населения в городах различного размера) и показателями долголетия. Он делает вывод, что в целом речь идет об исторически обусловленном положительном влиянии городов на прилегающие местности [63].

В то же время имеются и негативные последствия урбанизации. Например, среди городского населения в 2–4 раза чаще встречаются

Согласно данным Т. Харриса, отсутствие постоянной работы и наличие трех и более детей являются одним из наиболее серьезных предикторов высокой уязвимости человека. Поэтому малообеспеченные женщины, чья жизнь ограничивается заботами о доме, имеют высокий риск развития многих хронических заболеваний [168]

заболевания нервной и сердечно-сосудистой систем, органов дыхания; грипп, язва желудка; городские жители больше подвержены травмам [78]. В исследованиях показано, что низкий социально-экономический статус хуже влияет на горожан, чем на сельских жителей. Это можно объяснить меньшим доступом к ресурсам (например, овощи, фрукты, молоко из своего хозяйства) и менее развитой сетью социальной поддержки [196].

Гендерные диспропорции в состоянии здоровья населения отмечались уже в первых демографических исследованиях и сохранились до настоящего времени. Общеизвестным является факт, что ожидаемая продолжительность жизни у женщин выше, чем у мужчин; при этом женщины чаще болеют и характеризуются более низкой самооценкой здоровья. Предполагается, что мужчины во многих культурах рассматриваются как добытчики, поэтому они испытывают сильный стресс, связанный со стремлением к более высокой оплате труда и со страхом потерять работу. Процесс социализации толкает мужчин к рискованному поведению, которое понимается в таком случае как проявление мужественности и смелости. По отно-

шению к некоторым видам рискованного поведения в обществе наблюдается меньшее социальное осуждение мужчин по сравнению с таким же поведением женщин (например, употребление алкоголя, драка и т. п.). В свою очередь обращение мужчины к врачу часто рассматривается в современной культуре как признак слабости и ипохондричности.

Подобные закономерности наблюдаются во многих странах. Например, анализ истории медицинского просвещения на постсоветском пространстве позволяет сделать вывод, что ответственность за здоровье других членов семьи в СССР возлагалась на женщин. Вот как обсуждалась борьба с туберкулезом в журнале «Гигиена и здоровье рабочей семьи» за 1924 г.: «Здесь большую роль может сыграть женщина. Ее нравственная обязанность взяться за это дело и приложить все силы и старания, чтобы воспитать здоровое поколение» [38. С. 3].

Однако существуют и социальные факторы, негативно влияющие на здоровье женщины. По данным Организации Объединенных Наций за 2000 г., женщины составляли 70 % от общего числа людей, живущих за чертой бедности (менее чем на 2 дол. в день). Поэтому, несмотря на более высокие для женщин показатели ожидаемой продолжительности жизни, в странах с низким социально-экономическим статусом женщины живут меньше, чем в индустриально развитых государствах. Это можно объяснить совместным действием различных условий:

- бременем вынашивания детей и болезней, передающихся половым путем (женщина с низким социально-экономическим статусом не может контролировать свои сексуальные отношения, планировать деторождение; она также не получает нужной медицинской помощи во время беременности, родов и грудного вскармливания);
- ограниченным доступом к продуктам питания (в силу своего подчиненного положения в семье женщина меньше ест и ест последней – после мужа и детей);
- несвоевременным обращением за медицинской помощью (обремененная домашней работой и обязанностями по уходу за детьми женщина не обращает внимания на симптомы болезни, пока они не станут достаточно серьезными);
- женщины испытывают более сильный и хронический стресс, чем мужчины [196].

Одним из наиболее интересных является вопрос о механизме формирования социального градиента. В рамках социологии есть три гипотезы.

Гипотеза социальной селекции отражает идею, что именно здоровье определяет социоэкономический статус. Чем лучше здоровье человека, тем более высокое положение он может занять в обществе. В качестве примера приводятся принципы отбора на руководящие должности.

Гипотеза социального дрейфа исходит из утверждения, что в результате ухудшения здоровья социальный статус человека понижается (человек не в состоянии полноценно работать, общаться). В поддержку данной гипотезы приводят явление социальной мобильности. Социальная мобильность – это изменение социального статуса человека в течение его жизни. Такая мобильность может быть нисходящей и восходящей. Существует также межпоколенная мобильность – изменение статуса детей по сравнению с социальным статусом их родителей [96]. Согласно И.Н. Гурвичу, для таких заболеваний, как шизофрения и алкоголизм, характерны нисходящая индивидуальная и межпоколенная мобильность [34], которая приводит к снижению социального статуса больного и его детей.

Гипотеза социальной каузации. По мнению сторонников гипотезы, именно социальный статус человека прямо влияет на его соматическое благополучие. Люди с более высоким социоэкономическим статусом имеют лучший доступ к ресурсам заботы о здоровье, включая качественную и своевременную медицинскую помощь, лекарственные препараты и биоактивные добавки, здоровую пищу, полноценный отдых. Чем выше уровень благосостояния человека, тем более он уверен в завтрашнем дне и тем меньше у него уровень стресса. Например, важным предиктором здоровья группы пожилых людей является ее охват пенсионным обеспечением. А.В. Манулик в своем исследовании сравнил коэффициент долголетия среди трех групп людей в возрасте шестидесяти лет: 1) пенсионеры; 2) работающие; 3) не имеющие пенсий, находящиеся на иждивении у родственников. В последней группе коэффициент долголетия был самым низким [63].

Однако в социологических теориях, связывающих социоэкономический статус и здоровье людей, не раскрывается сущность механизмов, которые опосредуют макросоциальное

влияние на отдельного индивида или группу. По сути, они основаны на данных корреляционного характера.

В психологии здоровья предпринималась *попытка объяснить различия в состоянии здоровья большей распространенностью рискованного поведения в группах людей с низким социально-экономическим статусом* по сравнению с другими группами. Однако, как показывают многочисленные исследования, социальное неравенство остается важным предиктором здоровья даже при условии контроля поведенческих переменных. Г. Штайнкамп считает, что социальные условия задают контекст поведению [113]. Л.С. Шилова [111] полагает, что влияние самосохранительного поведения на здоровье будет заметно при прочих равных условиях, т.е. при совпадении социальных, культурных и биологических факторов, действующих на индивидов, которые отбираются для сравнения. Сегодня представители критической психологии здоровья предлагают отказаться от «поведенческого» подхода к объяснению феномена социального градиента. Согласно их мнению, само по себе рискованное поведение может являться прямым следствием социального неравенства и отсутствия нужных ресурсов для того, чтобы делать «выбор в пользу своего здоровья».

Не менее активно для объяснения социального неравенства в сфере здоровья используется *теория стресса*. Следуя теории стресса, все социальные, экономические и прочие условия, действующие на макроуровне, рассматриваются как потенциальные стрессоры; задачей же психологии является анализ психологических факторов уязвимости или, напротив, психологических характеристик, повышающих способность индивида справляться с трудностями.

Ф. Корниш полагает, что *процессуально-деятельностный подход* является наиболее пригодным для объяснения влияния социального контекста на здоровье человека. Психолог опирается на теорию деятельности А.Н. Леонтьева и экологическую модель У. Бронфенбреннера. В экологической модели Бронфенбреннера различаются четыре уровня систем:

- микросистема — интерактивное окружение, в котором осуществляется определенная деятельность;
- мезосистема — система связей между микросистемами личности;

- экосистема – система окружений, в которых индивид не является активным участником, но которые связаны с его микросистемами. Таким образом, это микросистемы конкретных людей;

- макросистема – культурные и идеологические сценарии, определяющие функционирование общества в целом.

Свойства микросистем формируются макросистемными факторами; следовательно, социальное не надстраивается над индивидуальным или биологическим, а присутствует на всех уровнях.

Пытаясь ответить на вопрос о том, каким образом социальные факторы опосредуют повседневное поведение, Ф. Корниш вводит понятие «система активности» (близкое к понятию «деятельность»). Система активности – это коллективная активность по поводу определенного объекта. Для характеристики системы активности необходимо рассмотреть объект, на который она направлена, субъекты активности, ситуацию проявления активности и др. Система активности одновременно и локальна, и социальна. Если социальные, экономические, гендерные отношения определяют состояние здоровья индивида, то, значит, существуют моменты, когда мы можем обнаружить их действие. Социальный контекст не является статичной характеристикой – его можно обнаружить лишь посредством наблюдения за какой-то активностью. В свою очередь любая активность может исследоваться только в определенном социальном окружении. Проведенное Ф. Корниш исследование самосохранительного поведения еще раз подтвердило, что любая активность человека осуществляется в определенном социальном окружении, где он не только является объектом давления со стороны окружающих, но и посредством определенного поведения вступает в диалог с социумом [142].

Таким образом, для понимания характера взаимосвязи социальных факторов и здоровья человека необходимо рассмотреть роль социума в формировании идей профилактики и стимулировании профилактического поведения. Способы заботы о здоровье неразрывно связаны со специфичными для каждой культуры моделью телесности человека и отношением к здоровью.

3.2. Культура и здоровье человека

В отечественной философии и психологии существует давняя традиция рассматривать телесность как социально-психо-

логический феномен по сравнению с телом как объектом физического мира и организмом как совокупностью биологических процессов. Телесность является воплощением психических и социальных качеств человека, необходимым условием его активности, субъективности и социальности.

Российские ученые *П.Д. Тищенко, Г.А. Арина и В.В. Николаева* предлагают использовать для понимания взаимосвязи психологических, биологических и социальных факторов здоровья **культурно-исторический подход**. Телесное развитие – это часть процесса социализации. Оно представляет собой процесс формирования более или менее произвольных способов саморегуляции телесных процессов и состояний. Такая регуляция может осуществляться посредством телесных действий, когнитивных операций, изменений мотивационно-потребностной сферы, эмоциональных переживаний. Психосоматический феномен и в норме, и в патологии имеет все характерные особенности высших психических функций: «социальность, опосредованность, принципиальную возможность произвольного контроля» [5]. Он несет в себе как индивидуальные, так и социальные смыслы. В соответствии с данным подходом в онтогенезе телесности можно выделить несколько этапов.

1. Первоначальные процедуры ухода за телом (кормление, умывание и т.д.) разделены между ребенком и матерью. Мать является «носителем» социальных норм и техник. Параллельно с удовлетворением витальных потребностей ребенка происходит его общение с матерью. Как отмечает М.М. Бахтин [6. С.79], «все первоначальные определения себя и своего тела ребенок получает из уст матери и близких... Это слова, идущие навстречу его темному самоощущению, давая ему форму и название». Ребенок не постигает законы человеческого функционирования непосредственно. Он должен разгадать, обозначить наблюдаемые им проявления телесной жизни *другого* и своей собственной [28]. Если ранняя коммуникация изначально конфликтна или недостаточна, это неизбежно отражается на степени и характере удовлетворения потребностей ребенка, а значит, и на формировании его телесных функций. Например, если мать уделяет ребенку внимание лишь тогда, когда ему нездоровится или когда он плачет, этот плач станет первой неадекватной формой общения. Состояние болезни будет использоваться им (позже и взрослым) в личных целях.

2. С появлением речи возможности ребенка регулировать и познавать свое тело увеличиваются: он уже способен отно-

ситься к себе как бы «со стороны», а точнее «со стороны культуры». Телесные состояния приобретают особый смысл, несводимый ни к биологическому, ни к индивидуально-психологическому. На этом этапе психосоматические заболевания могут возникнуть как следствие нерационального использования вербальных конструкций (неадекватного обозначения телесных состояний с помощью слов) или патогенного мифа болезни, присущего его семье. Так, для пациентов с соматизированным расстройством характерным является наличие базовых, приобретенных в детстве убеждений типа «мир – опасное место, я уязвим», «только болезнь может служить поводом для уклонения от обязанностей», «я должен полностью контролировать свое тело» и т.д. [221].

3. Овладев своим телом, человек может использовать его в собственных целях как инструмент для решения психологических и социальных проблем, что объясняет феномен «бегства в болезнь», ипохондрические и соматоформные расстройства.

На каждом из этапов онтогенеза телесные феномены приобретают особый смысл, отражающий характеристики конкретной культуры.

Г.А. Арина и В.В. Николаева полагают, что *главными процессами, обеспечивающими социализацию тела, являются подражание, специальное обучение и табуирование* [5].

Таким образом, забота о здоровье – это одна из сформированных в онтогенезе форм телесной саморегуляции. Впервые, уже в раннем детстве складываются определенные телесные привычки, связанные с питанием, сном, личной гигиеной, безопасностью, которые впоследствии окажут значительное влияние на здоровье, поэтому многие формы здорового и рискованного поведения нельзя объяснить только личным выбором.

Во-вторых, «означивание» телесных состояний, о котором пишут авторы, также влияет на профилактическое поведение человека. От него зависит способность разделять ощущения на некомфортные – вызывающие тревогу, желание обратиться к врачу и комфортные – приятные, связанные с разными видами активности (человек будет использовать их впоследствии для того, чтобы получить состояние внутреннего спокойствия). В процессе коммуникации ребенок усваивает не только смысл телесных состояний, но и простейшие критерии нормального и патологического, красивого и уродливого, опасного и безопасного, имеющего либо не имеющего отно-

шения к миру медицины. В соответствии с положениями культурно-исторического подхода предполагается, что именно язык отражает индивидуальное и социальное в телесности человека. Он же является инструментом не только патологической, но и нормальной «социализации тела» [5]. Однако при всей своей привлекательности данные положения пока не подкреплены сколько-нибудь обширными факторами и имеют сугубо теоретический характер.

Если представители отечественной науки, рассматривающие телесность человека в рамках культурно-исторического подхода, в основном ориентированы на исследование ее онтогенеза, причем в рамках отдельной семьи, то в современной зарубежной социологии и социальной психологии внимание уделяется влиянию на здоровье культурно и исторически специфических образов тела.

В *концепции техник тела*, разработанной французским социологом М. Моссом, утверждается, что для каждой культуры характерны традиционные высокоэффективные способы осуществления телесной активности, которые конструируются социальным авторитетом и передаются посредством наглядных демонстраций, воспитания и тренировки. В качестве примера техники тела Мосс называет способы бега, плавания, грудного вскармливания, сна и др. Эти техники отличаются у женщин, у мужчин, у представителей различных поколений [73].

Впоследствии понятие техник тела начало использоваться различными авторами, каждый из которых обращал внимание на социальность «телесного самоуправления». При этом если Мосс имел в виду утилитарный характер телесных практик (например, эффективно или нет бегать с прижатыми к телу кулаками или нырять с закрытыми глазами), то современные социологи, говоря о техниках тела, подчеркивают их связь с социальными и индивидуальными ценностями. Они полагают, что, реализуя те или иные техники, человек утверждает себя в социуме.

Другие авторы используют идеи, выдвинутые известным социологом П. Бурдьё в его *концепции габитуса*. Габитус отражает на телесном уровне совокупность признаков, присущих определенной социальной общности. Таким образом, в поведении, походке, позах и предпочтениях человека имеется определенный символический смысл, понятный другим членам общества. В основном Бурдьё говорит об имитации поз и моторных действий. Он предполагает, что подобные навыки

Не существует «досоциальной телесности», т.е. ни одно человеческое тело не существует независимо от общества. Еще находясь в утробе матери, ребенок становится членом общества, так как в сознании родителей и окружающих уже сформирован его психологический портрет. Даже первые, простейшие жесты, движения и чувства – это уже результат воспитания. То, что в психоанализе определяется как естественный инстинкт и объясняется как явление, прямо противоположное внешнему принуждению, также почти всегда является социальным, представляя собой результат примитивной интеракции. П. Бурдьё [20]

приобретаются в детстве и являются отражением социального положения родителей. Бурдьё подчеркивает, что различные виды социальной активности организованы на основе категорий, в определенной степени соответствующих структуре тела. Тело содержит в себе символическую систему классификаций (верх – низ, активность – пассивность, открытость – закрытость) [13].

Социолог О.А. Бендина пишет о практиках сохранения здоровья, которые выстраиваются с опорой на популяризованное медицинское знание. По аналогии с понятием техник тела устойчивостью обладают лишь эффективные практики [8].

Подчеркивая чрезвычайную важность вопросов тела в современной культуре, социолог Б. Тернер говорит о *соматическом обществе*, в котором важнейшие политические и моральные проблемы связаны с телесными практиками – репродукция, питание, спорт. В числе причин формирования соматического общества называются:

- отделение репродуктивных функций тела от политической и экономической структуры общества;
- характерный для современной культуры консумеризма¹ акцент на исполнении желаний, получении удовольствий, развлечении;
- увеличение роли сферы обслуживания в мировой экономике.

Б. Тернер отмечает, что если в традиционном обществе управление имуществом и репродуктивными функциями были взаимосвязаны (мужчина контролирует наследственность и передачу собственности посредством контроля над

¹ Консумеризм – организованное движение за расширение прав и влияния потребителей, покупателей, создание общества потребителей.

женщиной как производительницей мужчин), то теперь эти связи утрачены. Межличностные и особенно семейные отношения строятся не на основе контракта собственности, а на основе ожиданий относительно личностной удовлетворенности этими отношениями. Сегодня имеется явная коммерческая заинтересованность в теле как в индикаторе социального капитала. Особое внимание уделяется телесной красоте, спорту; отрицается больное и стареющее тело. Моральным долгом человека становится поддержание своего тела в хорошем состоянии. Характеристики «здоровый» и «нездоровый» становятся показателями нормальной идентичности; при этом они все более связываются со способностью человека контролировать свое поведение [238].

Одним из важнейших показателей общественного здоровья является *социальная политика в сфере здравоохранения*. В узком смысле это целенаправленная деятельность государства по согласованию интересов различных социальных групп и долгосрочных целей общества, связанных со здоровьем и благополучием [43], в широком смысле – совокупность практических мер, законов, формальных и неформальных норм и ценностей, направленных на контроль общественного здоровья [171]. Социальная политика определяет цели, которые ставит государство перед гражданами и системой здравоохранения, приоритетные для социальной заботы и контроля социальные группы, финансирование системы здравоохранения, медицинского образования и просвещения в сфере здоровья населения. Например, в XIX в. основной целью социальной политики было сохранение и развитие трудовых ресурсов, обусловленное потребностями промышленности. Не только условия труда и быта, но и телесные практики работников (физическая активность, сексуальное поведение, питание) являлись объектами внимания и контроля. Б. Тернер считает, что в раннем капиталистическом обществе существовала тесная связь между дисциплиной, аскетизмом и производством. Аскетизм рассматривался как способ поддержания тела в здоровом состоянии за счет избегания вредных для здоровья «излишеств». Точно так же, как представителей капиталистического класса побуждали не тратить деньги на предметы роскоши, а вкладывать их в производство, представителей рабочего класса побуждали не расходовать свои сексуальные силы [238].

В последнее время забота общества о здоровье граждан и забота граждан о себе приняли новые формы. Как отмечалось выше, тело рассматривается как источник получения удовольствия и способ реализации проектов «Я». Гедонизм современного человека можно скорее назвать расчетливым, основанным на калькуляции выгод и рисков.

Озабоченность современных людей различными потенциальными угрозами здоровью отмечают многие социологи: А. Петерсен, У. Бек, Э. Гидденс, Р. Кастель и др. В своих работах А. Петерсен рассматривает новые социальные характеристики промоции здоровья. Ученый считает, что понятие риска

Общество риска – это одно из проявлений ощущаемого «кризиса цивилизации... Устоявшийся вкус такой атмосферы «конца света» создает и, несомненно, подталкивает стремление к профилактике. *М. Яцино* [120]

расширяет сферу медицинского контроля на всю популяцию, так как любая ситуация связана с неопределенностью. Индивиду отводится новая роль в профилактике здоровья – роль защитника своего здоровья от опасностей. При этом он просчитывает вероятные последствия своего пове-

дения и несет за это ответственность. Для подобной защиты индивиду нужна информация, полученная от различных экспертов. Невозможность изменить рискованное поведение рассматривается как личная неудача. Постоянная забота о себе и о других, как полагает Петерсен, приводит к росту озабоченности человека своим телом [208].

В «традиционном» социологическом подходе роль медицины в профилактике болезней рассматривается как безусловно позитив-

Медицина не должна больше быть лишь корпусом техник врачевания... Она станет развиваться так же, как знание о здоровом человеке... В управлении человеческим существованием она занимает нормативное положение... Она с полным правом вступает в общение с национальным порядком, мощностью вооруженных сил, плодovitостью народов. *М. Фуко* [106]

ная, однако существует и критическая традиция социальных исследований сферы здравоохранения. Например, выдающийся социолог и философ М. Фуко рассматривает проблемы современной медицины в связи с проблемами распределения власти и контроля. В своей работе «Рождение клиники» он пишет о соединении медицинской власти с политической как о необходимости решения задач профилактики

опасных эпидемий и совершенствования системы медицинской помощи [106].

В 1970-х гг. помимо работ М. Фуко большой общественный резонанс имела книга А. Иллича «Пределы медицины». В своей чрезвычайно радикальной по содержанию работе Иллич указывает на кризис доверия к современной медицине. Он выражает, во-первых, сомнение в высокой эффективности медицины в борьбе с болезнями. По его мнению, многие достижения (например, снижение смертности от туберкулеза) происходят вовсе не из-за врачебных вмешательств. Во-вторых, как считает А. Иллич, клинические ятрогении связаны зачастую с ненужными и опасными медицинскими процедурами, социальные – с радикальной монополией медицины на все вопросы здоровья и болезни, культурные выражаются в отрицании способности людей, не следующих медицинским советам, быть счастливыми. Многие высказывания А. Иллича показались научной общественности чрезмерно резкими, но они в конечном счете, как пишет С. Плавинский, стимулировали развитие доказательной медицины [84; 180].

Сторонники *концепции медиализации*, как правило, отмечают растущее влияние медицины на жизнь общества. Правда, многие ученые считают, что в современной постиндустриальной культуре ни одна наука не может претендовать на безусловный авторитет. Например, М. Яцино пишет, что в конце XX в. начали формироваться новые отношения общества с миром медицинских экспертов. Понятие «пациент» все чаще заменяется понятием «клиент». На уровне сообществ и на уровне государственных структур все чаще делаются попытки усилить позицию пациента, вооружив его необходимыми знаниями и правами в общении с врачом.

Вместе с тем процесс демедиализации привел к коммерциализации здоровья, т.е. превращению его в товар. Здоровье приобрело характер не только абсолютной ценности – оно стало рассматриваться как то, что можно купить или улучшить путем инвестиций. При этом усиление позиции пациента означает одновременно усиление требований к

Клиент – это «квалифицированный» пациент, который диагноз упреждает самодиагнозом, критически относится к лечению и проверяет правильность диагноза состояния своего здоровья и эффективность рекомендованной терапии у различных специалистов. М. Яцино [120. С. 148–149]

самоконтролю. М. Яцино пишет, что «ощущению собственной свободы способствует неслыханное деспотическое отношение к себе» (М.Яцино. Культура индивидуализма. Харьков, 2012. С. 153) [120. С. 153].

М. Яцино выделяет некоторые характерные особенности этой новой концепции здоровья:

- ранее здоровый образ жизни рассматривался как некая аскетическая практика – сегодня он включен в процессы получения удовольствия, характерные для гедонистической культуры;

- область профилактики постоянно расширяется, и теперь любые характеристики стиля жизни связываются со здоровьем;

- появляется понятие «комплексного» здоровья, несводимого к простому отсутствию симптомов болезни. Такое здоровье можно постоянно улучшать – никакое из возможных состояний здоровья не позволяет индивиду остановиться на достигнутом [120].

Воспринимаемая пластичность тела современного человека поддерживается не только идеями профилактики, но и развитием биотехнологий: геной инженерии, трансплантологии и др. Во-первых, это способствует развитию «технологического» подхода к защите от болезней и укреплению здоровья, когда ученому отводится не столько роль эксперта, сколько поставщика технологий. Во-вторых, развитие биотехнологий еще больше расширило сферу воспринимаемого контроля над телом.

В той или иной степени каждый из нас выступает в каждодневном существовании в качестве мастера, постоянно занятого «приведением себя в порядок» – самоизготовлением в соответствии с господствующими в обществе нормами. П. Д. Тищенко [99]

П. Д. Тищенко использует для описания нынешнего положения вещей понятие «биовласть». Под **биовластью** понимается власть государства, группы экспертов или отдельного индивида над человеческой жизнью. Человек же обладает биовластью над своим телом как объектом лечебных воздействий, самосовершенствования и т.д. Еще одна форма об-

ладания биовластью основывается на праве и способности диагностировать угрозу и указывать путь к спасению.

Появление новых биотехнологий способствовало перераспределению биовласти. Как отмечает П. Д. Тищенко [99], основной классического типа биовласти является признаваемое всеми членами общества право врача диагностировать угрозу

и бороться с ней. Однако во второй половине XX в. происходит формирование нового, антипатерналистского типа биовласти. Во-первых, вместо врача как универсального эксперта теперь на право судить о жизни и смерти претендуют эксперты в различных областях науки, чьи мнения отличаются значительной вариативностью. Во-вторых, само право экспертов на признание снова становится предметом публичных дискуссий.

П. Д. Тищенко относит к биотехнологиям традиционные и современные способы врачевания и контроля телесных состояний (искусственное оплодотворение, медицинская визуализация, трансплантация органов и др.).

Если некто имеет четко определенную цель и необходимое количество ресурсов (прежде всего финансовых), то он может достичь этой цели, наняв профессионалов или экспертов, которые будут в состоянии собрать или создать для этого все необходимые средства. В случае генетического проекта эти средства есть вмешательства, осуществляемые на молекулярно-генетическом уровне; в случае социального — ... психологические воздействия. *Б.Г. Юдин* [116. С. 276]

трансплантация органов и др.). В результате развития биотехнологий тело становится «прозрачным» и еще более подверженным биополитике. Врачи из целителей превращаются в технологов, отношения с которыми строятся не на доверии, а на оценке потребителем их технической компетентности.

Б.Г. Юдин отмечает, что фактически современным биотехнологиям задают направление идеи о бесконечном совершенствовании человека и о возможности бессмертия. Это не столько технологии лечения, сколько технологии улучшения

живого существа. Человек рассматривается как совокупность сконструированных свойств [116].

Таким образом, во взаимоотношениях общества и медицины можно выделить три этапа: 1) «домедицинский»; 2) этап медиализации; 3) этап демедиализации, сопровождающийся коммерциализацией и технологизацией здоровья.

ГЛАВА 4. МЕЖЛИЧНОСТНЫЕ ОТНОШЕНИЯ И ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

В психологии здоровья активно исследуется влияние непосредственного социального окружения на благополучие человека. Здесь можно выделить два перспективных направления:

- исследование качества межличностных отношений как фактора защиты или риска заболеваний;
- оценка непосредственного влияния микросоциального окружения на поведение в сфере здоровья; представления о здоровье и отношение к здоровью.

4.1. Качество межличностных отношений как фактор здоровья

Отношения человека со значимыми для него людьми активно исследовались в рамках психоаналитически ориентированной психосоматики. В концепциях психосоматической медицины утверждается, что нарушения межличностных отношений (конфликты, разрывы, потери) не только приводят к возникновению соматических расстройств, но и способствуют патологическому формированию телесности человека в онтогенезе.

Среди факторов развития психосоматического заболевания психоаналитики называют раннее расставание ребенка с матерью, отсутствие или противоречивость материнской заботы, нарушение грудного вскармливания. Также подчеркивается роль телесной стимуляции в формировании «Я». Так, М. Баллонт полагает, что для психосоматических больных характерно недостаточно устойчивое восприятие себя и диффузные границы «Я». Проблемой этих пациентов является невозможность установления комфортной дистанции в межличностных отношениях. Они ощущают постоянную потребность в эмоциональной поддержке и опасаются выражать свои негативные чувства по отношению к человеку, который ее удовлетворяет. Негативные чувства больных оборачиваются против них самих [18].

Модель утраты объекта Дж. Эйнджел и Э. Шмале считают, что в возникновении психосоматического заболевания огромное значение имеет не только качество объектных отношений, но их внезапный обрыв (в результате реальной или воображаемой потери объекта). Это вызывает у человека состояние беспомощности и безнадёжности, что и провоцирует возникновение симптомов [18].

Межличностные конфликты могут быть также рассмотрены как *потенциальные стрессоры* и как *модераторы стресса*, что будет более подробно рассмотрено в параграфе 4.2.

В последние десятилетия XX в. активно проводились количественные исследования влияния межличностных отношений на здоровье, основанные на *концепции социальной поддержки*¹. Однако имеются и более ранние работы, указывающие на связь одиночества и болезней. Так, в 1949 г. были опубликованы данные о том, что с одинокими людьми чаще происходят несчастные случаи, а в 1956 г. утверждалось, что для них более высок риск заболевания туберкулезом [129].

Существуют различные виды социальной поддержки:

- эмоциональная (выражение позитивных чувств, сопереживание), информационная (обеспечение человека необходимыми сведениями для решения различных проблем);
- инструментальная (реальные действия, которые предпринимают другие люди, чтобы помочь человеку, материальная поддержка);
- в виде «социального товарищества» (возможность найти себе товарища для проведения свободного времени).

В исследованиях социальной поддержки выделяют структурные и функциональные направления.

Структурный подход концентрируется на выявлении структуры социальных сетей (системы связей человека с отдельными людьми и организациями). Оцениваются размер социальной сети и степень социальной интеграции. Например, индекс социальной интеграции, который предлагает использовать Ш. Коэн, рассчитывается на основе семейного статуса, наличия близких респонденту членов семьи и друзей, групповой активности, принадлежности к определенной религии.

Функциональный подход подразумевает оценку доступности человеку социальной поддержки в тех ситуациях, когда он в ней нуждается [129].

Рассмотрим наиболее известные исследования взаимосвязи социальной поддержки и здоровья. Считается, что начало изучению этого вопроса положило исследование *Беркмана* и *Сайма*, выполненное в рамках проекта Аламеда.

В 1965 г. Беркман и Сайм начали реализовывать лонгитюдный проект по исследованию связи социальной поддержки с показателями

¹ Социальная поддержка – это переживание заботы, любви и уважения к себе, основанное на взаимодействии с другими людьми.

смертности. Респондентами были 4775 взрослых людей в возрасте от 30 до 69 лет. Наблюдения продолжались девять лет (до 1974 г.). Участникам исследования задавались вопросы относительно их семейного статуса, членства в организациях, принадлежности к церковному приходу. Были получены результаты, свидетельствующие о связи количества и интенсивности межличностных контактов с показателями смертности. Особенно заметными оказались различия процента смертности в исследуемой выборке для женатых и неженатых мужчин. Например, на уровне значимости $p < 0,001$ для женатых мужчин в возрасте от 30 до 49 лет показатель смертности был 3,0, в то время как для одиноких – 8,6. В то же время различия между одинокими и замужними женщинами не были столь значимыми. Чтобы уточнить полученные данные, авторы разработали индекс контактов (Contact Index). Он вычислялся на основе количества близких друзей, которые имелись у человека, числа родственников, с которыми он чувствовал близость. Оказалось, что в каждой гендерной и возрастной группе имеется отрицательная взаимосвязь между индексом контактов и риском смерти (данные девяти лет наблюдений). Например, для женщин в возрасте от 60 до 69 лет в группе с высоким индексом контактов с друзьями и родственниками риск смерти составлял 11,4 %, а в группе с низким индексом контактов – 31 %. По всем возрастным группам были обнаружены значимые расхождения в показателях смертности между группами с самым высоким и самым низким индексом. Помимо этого социальная поддержка оказалась положительно связанной со здоровым поведением [129].

Данные Беркмана и Сайма вызвали большой интерес еще и потому, что показали: риск смерти для одиноких людей превышал риск смерти для курящих. Было высказано предположение – одиночество влечет за собой повышение интенсивности рискованного поведения (например, нерационального питания, курения, употребления алкоголя).

В 1988 г. психологи Хауз, Лэндис и Амберсон провели обзор проспективных исследований связи социальной поддержки и смертности. Проконтролировав поведенческие факторы риска, авторы пришли к выводу, что недостаток социальной поддержки является по меньшей мере таким же сильным фактором риска, как и курение. В собственном исследовании названных авторов, проведенном в 1962–1969 гг. в Мичигане, была обнаружена обратная взаимосвязь комплексных индексов социальных отношений и смертности.

Современные данные вполне согласуются с предположениями Беркмана и Сайма. Например, в 2004 г. было показано, что риск смерти для людей с низким уровнем социальной

поддержки в 2–3 раза выше по сравнению с другими группами испытуемых [244].

Отмечается гендерная специфичность влияния социальной поддержки на здоровье. В целом брак оказывает более сильное (положительное) влияние на здоровье мужчин, чем на здоровье женщин, и соответственно смерть супруги отрицательно сказывается на здоровье мужчин. Женщины опираются на поддержку друзей и родственников одного с ними пола. Возможно, эти особенности психики женщин следует объяснять гендерной спецификой распределения социальных ролей (переключением на женщин заботы о здоровье мужчин) или же неодинаковыми социальными ожиданиями в переживании горя и одиночества у мужчин и женщин. Для женщин, например, рассматривается как вполне допустимое постоянное обращение к окружающим за помощью и сочувствием [244].

Пожалуй, наиболее драматичные сведения о патогенном влиянии одиночества были получены в исследованиях онкологических пациентов. Имеются данные о том, что слабая социальная поддержка пациенток, страдающих раком груди, коррелирует с низким уровнем активности киллерных клеток. Исследование Д. Шпигеля показало, что групповая психотерапия, направленная на усиление социальной поддержки онкологических пациентов с метастатическим раком груди, увеличила продолжительность их жизни по сравнению с контрольной группой, не подвергавшейся такому воздействию, в среднем с 19 до 37 месяцев [226].

Социальная поддержка изучалась и в лабораторных условиях. В 1976 г. Кэссэл представил обзор своих основных результатов. Оказалось, что присутствие рядом с испытуемым (либо с лабораторным животным) представителя такого же биологического вида уменьшает влияние экспериментального стресса на развитие язвенных поражений желудочно-кишечного тракта и нормализует давление. Присутствие человека способствует уменьшению тревоги и физиологического возбуждения в потенциально стрессовых лабораторных ситуациях. Вместе с тем подобные исследования позволяют продемонстрировать лишь кратковременные эффекты влияния социальной поддержки [244].

Индивид, подвергающийся действию стрессора, нуждается в различных типах социальной поддержки (рис. 4.1).

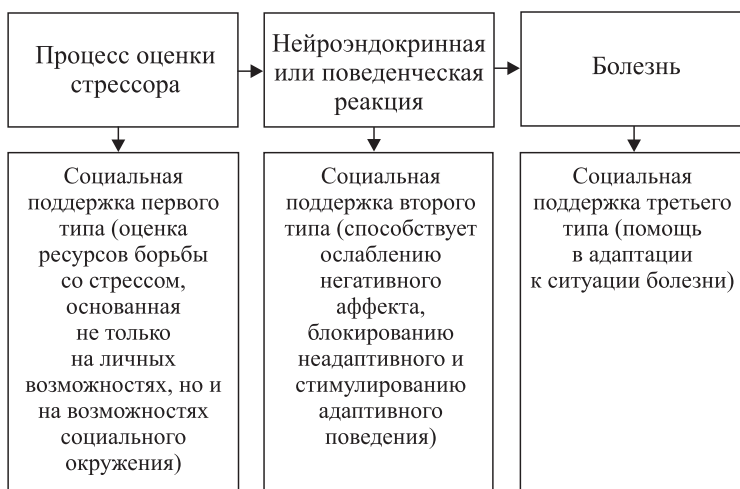


Рис. 4.1. Роль социальной поддержки на различных этапах реакции стресса

Имеются данные о том, что повышение социальной поддержки прямо влияет на иммунную компетентность. Действие стрессора может ослабляться благодаря наличию социальной поддержки, т.е. в случае, когда окружающие люди помогают человеку инструментально или эмоционально.

Что касается социально-психологических моделей преодоления стресса (рис. 4.2), то они отличаются значительным разнообразием. В целом в них рассматривается влияние социальной интеграции и социальной изоляции на физиологические и поведенческие изменения, а также на подверженность факторам риска.

Таким образом, положительное влияние социальной поддержки на здоровье человека может объясняться следующими факторами:

- повышением психологического благополучия человека;
- наличие у человека с высоким уровнем социальной поддержки большего количества ресурсов для того, чтобы справляться со сложными ситуациями, в том числе прямой возможности использовать помощь других людей;
- более безопасным поведением людей, переживающих социальную поддержку.



Рис. 4.2. Социально-психологические модели влияния социальной поддержки на здоровье

4.2. Влияние микросоциальной среды на здоровое и рискованное поведение индивида

Влияние социальных условий на здоровье человека опосредовано его микросоциальным окружением: индивид усваивает те модели поведения, которые характерны для его родных и близких; отношение к здоровью и к социальной политике в сфере здравоохранения (программы промоции здоровья) тоже различно для каждой социальной группы. Об этом красноречиво свидетельствует исследование *Т. Фон Ленгерка* с соавторами.

Т. Фон Ленгерк с соавторами (2004) предположил, что вероятность здорового поведения будет определяться как индивидуальными знаниями и оценками социальной политики, так и реакциями со стороны микросоциального окружения. Для сбора информации использовалось полустандартизованное интервью. Обобщались данные бельгийской, финской, испанской, германской, швейцарской и нидерландской выборок. Автор пришел к выводу, что существует сильная положительная связь между восприятием политики и поведением людей на групповом уровне: чем выше оценка членами группы того или иного направления политики в сфере здоровья, тем более они склонны осуществлять пропагандируемое поведение. На индивидуальном же уровне главным фактором изменения поведения являлась степень индивидуальной информирован-

ности об определенном направлении социальной политики, в то время как индивидуальная оценка политики не играла большой роли. Таким образом, именно групповые оценки являются важным фактором безопасного поведения и в ходе реализации профилактических программ необходимо добиваться их положительного восприятия на групповом уровне [171].

С точки зрения концепции социального научения усвоение здорового поведения может происходить и путем подражания неким привлекательным для индивида людям. Например, в исследовании 2010 г., проведенном на выборке школьников старших классов г. Минска (1001 человек), было показано наличие сильных статистически значимых положительных взаимосвязей между курением и употреблением алкоголя друзьями подростка и его собственным рискованным поведением [105].

Ниже приводится сравнение отношения друзей и близких респондентов к рискованному поведению (табл. 4.1). Оказалось, что родители и друзья подростков с выраженным рискованным поведением отличались большей степенью толерантности к опасным поступкам, чем родители и друзья в других группах [105]).

Таблица 4.1

**Отношение родителей и друзей к рискованному поведению подростков
(по данным опроса НИИСЭП) [105]**

Вид поведения	Сочувственное или положительное отношение, % от ответов				
	Вся выборка	Курящие	Употребляют алкоголь один раз в неделю или чаще	Употребляют наркотики или пробовавали их употребить	Не употребляют психоактивные вещества
1	2	3	4	5	6
<i>Отношение родителей</i>					
Курение	9,1	17,8	6,5	20,1	6,9
Единичная проба наркотиков	1,9	6,2	3,2	8,1	0
Появление дома в нетрезвом виде	8,4	12,3	0	21,8	5,0

1	2	3	4	5	6
Употребление алкоголя по праздникам	36,7	41,8	48,4	46,8	15,7
<i>Отношение друзей</i>					
Курение	24,2	34,3	55,2	42,9	14,1
Единичная проба наркоти- ков	11,6	18,7	34,4	36,9	15,2
Появление дома в нетрез- вом виде	35,4	42,1	52,7	59,2	14,6
Употребление алкоголя по праздникам	53,4	64,2	83,9	82,1	18,1

Подобные закономерности прослеживаются и в других исследованиях авторов. Рассмотрим описание выводов, сделанных психологом К. Пэч с соавторами, об исследовании корреляции сообщений детей и родителей о безопасном и рискованном поведении, а также определим, насколько эти сообщения связаны с употреблением алкоголя.

В исследовании приняли участие 1373 учащиеся школ и их родители. Оказалось, что употребление алкоголя подростками было связано с их наблюдением за родителями, употребляющими алкоголь, и с особыми типами коммуникации по поводу спиртного в семье [205].

Однако влияние микросоциального окружения на поведение и убеждения в сфере здоровья нельзя рассматривать как исключительно негативное. Как отмечает Ф. Корниш [142], поведение индивида является средством реализации его отношений с социумом. Посредством поведения человек не только защищает свое здоровья или получает удовольствие, но и исполняет определенные социальные роли, демонстрирует присущие ему ценности. Более того, как свидетельствуют данные эмпирических исследований (например, исследования Дж. Робинсон), значительную роль в поведении человека играет не только желание походить на значимых других, но и желание отделиться от тех, кто не соответствует принятым стандартам поведения.

Дж. Робинсон провела серию полуструктурированных интервью с подростками в возрасте от 12 до 14 лет. Интервью начиналось с вопроса, что значит быть здоровым. Далее уточнялось, как выбирается новое поведение (безопасное или потенциально рискованное) и что влияет на это решение. Было установлено, что ответ определяется взаимодействием четырех постоянно повторяющихся процессов – оценки, выбора, подтверждения и защиты. В результате *процесса оценки* тому или иному виду поведения присваивается определенная ценность. Например, подросток говорит: «Я предполагаю, что курить – это круто. Когда я провожу время со своей сестрой и с ее парнем, я чувствую, что мне это нужно» или: «В нашей семье все стараются заботиться о своем здоровье: принимают витамины, занимаются спортом». Процесс оценки предполагает наблюдение за поведением других людей, выслушивание их мнения, а также получение информации из других источников (занятия в школе, советы тренера, сообщения в СМИ и т.п.). В ходе *процесса подтверждения* подросток ищет информацию, соответствующую предварительно установленным ценностям. Этот процесс направлен на достижение конгруэнтности того, что подросток считает значимым и ценным, и информации, полученной из других важных источников. Этот процесс может способствовать или блокировать выбор определенного поведения. Например, подросток, который уже решил выполнять упражнения для поддержания хорошей физической формы, пытается понять, кто еще так поступает, и обнаруживает, что многие его знакомые посещают спортивные секции. Или, напротив, подросток, который решил, что курить – это круто, получает негативную обратную связь от друзей (они говорят ему, что им неприятен сигаретный дым) и решает этого не делать. В *процессе выбора* подросток принимает сознательное решение относительно конкретного вида поведения или конкретной информации. Например, один из юношей был озабочен проблемой курения и в результате принял решение не общаться с курящим знакомым: «Мы сказали ему, что он глупый, потому что курит, и что мы не хотим сидеть с ним вместе за обедом в столовой». Наконец, в *процессе защиты* подростки отстаивают то, что они считают правильным. Авторы приходят к выводу: действие процесса защиты может быть настолько сильным, что может привести к невозможности изменить уже реализуемое поведение [218].

ГЛАВА 5. ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ. БЕЗОПАСНОЕ И РИСКОВАННОЕ ПОВЕДЕНИЕ

Основным стимулом развития психологии здоровья явились эмпирические данные о роли поведенческих факторов в возникновении заболеваний. Предполагалось, что именно поведение позволяет установить различия индивидов с одними и теми же личностными и социальными характеристиками [212]. Долгое время поведенческие факторы занимали исключительное место в сфере интересов психологии здоровья. Но

если в зарубежных работах чаще использовался термин «поведение», то в отечественных – «здоровый образ жизни».

5.1. Здоровый образ жизни

Понятие здорового образа жизни появляется в научной литературе в 1970-х гг. и является производным от социологического понятия образа жизни.

Образ жизни – устойчивые формы социального бытия, совместной деятельности людей, типичные для исторически конкретных социальных отношений, складывающиеся в соответствии с генерализованными нормами и ценностями, отражающими эти отношения [27. С. 62].

Социологи полагают, что говорить об образе жизни имеет смысл тогда, когда у человека есть возможность осознанного выбора жизненного пути [64; 90]. Такая возможность впервые появляется у индивида в Новое время. Сегодня образ жизни отражает индивидуальные ценности и зависит от принимаемых человеком решений. Вместе с тем его не следует рассматривать исключительно в контексте индивидуального выбора, поскольку в нем содержится и типичное для определенной социальной группы, культуры и исторической эпохи. В.Л. Абушенко пишет: «образ жизни есть ...способ активного присвоения индивидами общественных условий своей жизни, способ реализации себя в социальном» [1. С. 651].

Образ жизни может быть определен на основе следующих компонентов:

- характер труда и потребления материальных благ;
- активность в сфере культуры и просвещения;
- характер распределения времени (например, между трудом и отдыхом);
- политическая активность;
- отношение к общественным проблемам;
- религиозная принадлежность;
- формы общежития людей;
- способы самоидентификации человека [64].

В понятии здорового образа жизни подчеркивается не столько устойчивый или социальный характер бытия человека, сколько его положительное влияние на соматическое благополучие человека. Это предполагает тщательный перечень компонентов здорового образа жизни. Например, вплоть до конца 1980-х гг. считалось, что требования к здоровому образу жизни являются общими для всех людей. В конце 1980-х – начале 1990-х гг. опре-

деления здорового образа жизни стали более дифференцированными. Ученые пришли к выводу, что необходимо соотнести поведенческие показатели с биологическими особенностями человека, а также с особенностями социальной среды. Вариантов здорового образа жизни может быть столько, сколько существует условий жизни. Помимо этого была поставлена под сомнение тенденция ориентироваться в исследованиях образа жизни исключительно на индивидуальное поведение [21; 109].

Если сравнить имеющиеся определения образа жизни, становится очевидным, что понятие здорового образа жизни не конкретизировано с точки зрения устойчивости, типичности и социально-исторической специфичности входящих в него компонентов. Кроме того, здоровый образ жизни не рассматривается в контексте совместной деятельности людей. Очевидно, что полноценно исследовать здоровый образ жизни средствами одной лишь психологической науки нельзя, поэтому в отечественной социологии помимо понятия образа жизни выделяется понятие «стиль жизни».

Стиль жизни – индивидуально усваиваемый или избираемый паттерн поведения, набор активностей видов поведения, устойчиво воспроизводящий отличительные черты общения, бытового уклада, манеры, привычки, склонности, типичные для определенной категории лиц и выявляющие своеобразие их духовного мира [27. С. 63].

Именно стиль жизни является той категорией, которая может быть продуктивно использована в психологии здоровья. Стиль жизни связан с социально-психологическими процессами. Его функцией является самоопределение личности, и он более динамичен по сравнению с образом жизни.

Исследователь здорового образа жизни должен найти ответ на вопрос о том, *насколько согласуются между собой его отдельные компоненты*. В табл. 5.1 приведено несколько типичных вариантов. Очевидно, что закаливание, рациональное питание и наличие навыков борьбы со стрессом – индикаторы разного порядка.

И.Н. Гурвич, обобщивший в своей работе результаты социологических опросов за несколько десятилетий, отмечает отсутствие согласованности между отдельными видами самосохранительной активности, что, как он считает, ставит под сомнение целесообразность использования понятия «здоровый образ жизни». Наиболее значимые связи были выявлены между отказом от курения, контролем питания и снижением количества употребляемого алкоголя [34]. Анализ зарубежных источников

позволяет в целом подтвердить эти предположения. Так, Л. Бернхард и Э. Крупат констатируют, что различные виды превентивного поведения удивительно мало связаны друг с другом [129]. Существуют некоторые доводы и в поддержку альтернативной точки зрения. Л. Ааро в репрезентативном исследовании подростков были выделены два поведенческих кластера, между которыми прослеживалась значимая отрицательная корреляция (от $-0,4$ до $-0,5$): рискованное поведение и поведение, способствующее здоровью. Автор сообщает и о корреляциях внутри данных кластеров, что, по его мнению, оправдывает использование понятия жизненного стиля [121]. Можно предположить, что такая согласованность характерна именно для данной возрастной группы и объясняется проявляющейся в подростковом возрасте общей склонностью к поведенческим девиациям.

Таблица 5.1

Компоненты здорового образа жизни, предложенные отдельными авторами

М. Мартинковский [64]	Э.Н. Вайнер [21]	С.И. Горчак [29]	Санитарное просвещение: Международный терминологический словарь [88]
Знать самого себя Поддерживать силы организма в постоянной готовности Правильно употреблять лекарственные средства Всесторонняя физическая активность Правильное питание Закаливание Наличие навыков борьбы со стрессом Избавление от вредных привычек Проявление доброжелательности к людям	Оптимальный двигательный режим Тренировка иммунитета, закаливание Рациональное питание Наличие навыков психофизиологической регуляции Психосексуальная культура Отсутствие вредных привычек Рациональный режим дня Валеологическое самообразование	Гигиенически обоснованное поведение Оптимальный режим труда Достаточная двигательная активность Рациональное питание Отказ от вредных привычек Отдых Полезные формы досуга	Пропорциональное соотношение между физической и умственной нагрузкой Физическая культура и занятия спортом Рациональное питание Правильное сексуальное поведение Гармонические взаимоотношения между людьми Личная гигиена Ответственное гигиеническое поведение в сфере труда и быта Негативное отношение к вредным привычкам

Остается открытым и *вопрос о связи образа жизни и здоровья*. По мнению Г.И. Царегородцева и И.А. Гундарова [109], формирование здорового образа жизни не может дать немедленную отдачу на протяжении одного поколения. Результаты многолетних наблюдений за изменением состояния здоровья в популяциях, на которые были направлены определенные профилактические программы, неоднозначны. Результаты профилактических программ, основанных на принципах здорового образа жизни, противоречивы. Например, программа профилактики ишемической болезни сердца, проводимая Всемирной организацией здравоохранения, способствовала снижению смертности на 20 – 30 %. Однако распространенность конкретного заболевания и предположительно связанного с ним фактора риска далеко не во всех случаях совпадают, о чем свидетельствуют данные, собранные в США (курение и распространение рака легких), Швеции (лечение гипертонии и мозговые инсульты), Исландии (курение, уровень холестерина и ишемическая болезнь сердца). Более того, как отмечает И. В. Журавлева [43], в некоторых исследованиях показано, что устранение какого-то фактора риска может иметь как позитивный, так и негативный эффект. В целом приходится признать, что любые поступки человека могут повлиять на его здоровье, а это делает понятие здорового образа жизни чрезмерно обширным и расплывчатым. В связи с этим представляется целесообразным предложить следующее определение:

Здоровый образ жизни – совокупность устойчивых видов поведения, которые способствуют сохранению и укреплению здоровья независимо от степени их осознанности и целенаправленности.

До сих пор достаточно глубоко не обсуждался вопрос о том, *какие методы наиболее адекватны для изучения здорового образа жизни*. Исходя из определения образа жизни, в качестве индикаторов необходимо использовать показатели, которые носят устойчивый характер, выражаются не только в открыто наблюдаемом поведении, но и в намерениях, интересах и ценностях, связаны с социальной позицией индивида, а также являются типичными для определенной социальной группы. При этом следует учитывать и условия жизни данной категории людей.

5.2. Здоровое, безопасное и рискованное поведение

Наиболее цитируемым определением здорового поведения является определение, предложенное в 1966 г. С. Каслом и С. Коббом. Они представляли его как любую активность, осуществляемую индивидом с целью предотвращения заболевания или его распознавания на ранней стадии [212]. Более современное понятие разработал Гочман [160]. Он определил здоровое поведение как поведенческие паттерны, действия и привычки, которые связаны с поддержанием здоровья, его восстановлением и улучшением. К. Эварт предлагает более широкое определение: действия, повышающие или понижающие риск болезни или несчастного случая (травмы) [153]. Понятие здорового поведения частично совпадает с предложенным нами понятием безопасного поведения, а также с понятием рискованного поведения.

Безопасное поведение – это произвольное поведение, направленное на сохранение или увеличение соматического благополучия индивида, снижение риска несчастных случаев и болезней.

Далее понятия здорового и безопасного поведения будут использоваться как синонимы.

Виды здорового поведения существенно отличаются друг от друга по таким критериям, как степень произвольности поведения, длительность, характер влияния на здоровье (рис. 5.1). Одни виды здорового поведения осуществляются людьми спонтанно, без долгих размышлений, другие являются результатом сознательно принятого решения (изменение рациона питания, физические упражнения), третьи могут быть вызваны давлением со стороны окружающих (отказ от употребления наркотиков, ежегодное прохождение студентами флюорографии). Дж. Прохазка [215] указал на необходимость различать единичные действия (например, прохождение флюорографического исследования) и длительную, требующую постоянных усилий активность по сохранению здоровья (соблюдение диеты с пониженным содержанием соли). По мнению С. Саттона, *здоровое поведение* классифицируется на основании следующих критериев:

- направленность на выявление или профилактику болезней;
- публичность или приватность,
- самостоятельное осуществление или с использованием профессиональной помощи [231] (см. рис. 5.1).



Рис. 5.1. Классификация видов безопасного поведения

На протяжении XX в. представления о здоровом и нездоровом поведении существенно менялись. Так, в первой половине к числу главных способов заботы о здоровье относились поддержание личной гигиены и гигиены окружающей среды, разнообразное питание, физическая активность, нормальный режим труда и отдыха. Затем в сфере питания начала нарастать озабоченность вредными для здоровья продуктами, а физическая активность стала рассматриваться не как средство тренировки силы и выносливости, а как способ борьбы с ожирением.

Понятие *рискованного поведения* тесно связано с понятием безопасного поведения (оно используется не только в психологии здоровья, но и в других науках): например, в эпидемиологии понятие риска включает в себя вероятность того, что индивид, который подвергается воздействию какого-либо фактора или имеет какую-то характерную особенность, заболит. Очевидно, факторы риска – это те обстоятельства, виды

поведения, которые связаны с повышением вероятности возникновения заболевания, а рискованное поведение – это поведение, способствующее активизации данных факторов (условий). Поскольку взаимосвязь между факторами риска и болезнью устанавливается на уровне популяции, она необязательно будет характерна для конкретного индивида.

В психологической литературе встречается несколько вариантов понимания рискованного поведения:

1. *Как противоположности безопасному поведению.* В словаре русского языка дается определение риска как действия наудачу в надежде только на благоприятный исход. Однако в психологии такое понимание риска не всегда возможно, так как и здоровое поведение может включать элементы риска: например, бег по утрам – один из вариантов здорового поведения, но во время бега можно получить травму (а значит, в какой-то степени это поведение рискованное). Приведенный пример отражает еще одну характерную особенность дефиниций как рискованного, так и безопасного поведения. Достаточно часто они указывают не на наличие, а на отсутствие каких-то действий (курить – рискованно для здоровья, не курить – безопасно).

2. *Как поведения с неопределенным результатом.* Данное понимание риска используется не только в психологии, но и везде, где актуальна теория решений. Люди по-разному оценивают и осознают риск. Одни стремятся использовать информацию о риске, другие не представляют возможного результата и не хотят представлять его. Постоянная рефлексия по поводу риска, связанная с современным типом идентичности, характерна не только для уязвимых групп населения, но и для вполне здоровых людей.

3. *Как поведения с заведомо вредным для здоровья результатом.* В качестве примера можно привести употребление наркотиков.

Американские психологи Л. Бернارد и Э. Крупат выделили угрозы здоровью, актуальные для каждого из семи возрастных периодов и связанные с ними виды поведения [129].

В младенческом возрасте (авторы определяют его как период с рождения до двух лет) главной угрозой здоровью являются недостаточный при рождении ребенка вес, патология при родах, инфекция, депривация психических и физиологических потребностей (конечно, в данном случае речь идет не о рискованном поведении младенца, а о рискованном поведе-

нии матери и других людей, которые осуществляют за ним уход). Вес новорожденного зависит от веса плода во время беременности, курения матери, плохого питания беременной, употребления алкоголя и наркотиков, контакта с токсинами, находящимися во внешней среде. Помимо отказа от рискованного поведения будущей матери необходимо контролировать такие возможные проблемы со здоровьем, как анемия, аномальные показатели артериального давления и др. Большое значение для здоровья новорожденного имеет и поведение отца (употребление алкоголя, курение, контакт с радиоактивными веществами, пестицидами, свинцом и другими токсичными субстанциями).

Наиболее важными элементами поведения будущих родителей являются:

- отказ от употребления психоактивных веществ;
- защита от вредного действия окружающей среды (токсины, радиоактивные вещества);
- контроль состояния здоровья;
- правильное питание (контроль веса).

После рождения ребенка к этим видам поведения добавляются правильный уход за ним (питание, сон, гигиена, психологический контакт и т.д.), защита его от инфекций, своевременные обследования у врача. В период грудного вскармливания и в первое время после перехода к приему твердой пищи формируются пищевые предпочтения ребенка, что также необходимо учитывать.

В детстве (два года – 12 лет) главной угрозой здоровья ребенка являются инфекционные заболевания и несчастные случаи. Частота инфекционных заболеваний в раннем детстве (от двух до шести лет) в два раза выше, чем у взрослых: например, в этом возрасте ребенок переносит в среднем около восьми простудных заболеваний в год. Значительную угрозу представляют и кишечные инфекции. Широкую распространенность инфекционных заболеваний у детей можно объяснить как слабостью их иммунной системы, так и обилием контактов с другими детьми в сочетании с неправильным поведением (грязные руки, еда из чужой тарелки, неумение правильно кашлять и сморкаться и др.). В данном отрезке времени возрастает роль собственного поведения ребенка в защите своего здоровья: закладываются важные для здоровья привычки (соблюдение норм гигиены, физические упражнения, режим сна

и бодрствования, питание), формируются первые представления о здоровье, которые способны повлиять на всю его жизнь.

Подростковый возраст большинство авторов связывают с высокой степенью выраженности опасного для здоровья поведения. Выделяют шесть видов поведения, которые могут серьезно повлиять на состояние здоровья в этот период:

- драка, нападение, травма и суицидальные действия;
- курение;
- употребление алкоголя;
- незащищенный секс;
- физическая активность;
- рацион питания.

Проведенное в США национальное репрезентативное исследование школьников 9–12-х классов показало, что 72 % всех смертей в возрасте от 10 до 24 лет являются результатом действия нескольких причин – дорожно-транспортных происшествий, несчастных случаев, убийств, суицида. Значительная часть этих трагических событий связана с употреблением психоактивных веществ [129].

В подростковом возрасте развиваются определенные стереотипы поведения, которые могут повлиять на здоровье в будущем (курение, недостаточная физическая активность и нерациональное питание). В исследовании «Поведение детей школьного возраста и их отношение к здоровью», много лет проводившемся при содействии Всемирной организации здравоохранения, особое внимание уделялось возрастной группе от 11 до 15 лет. Было обнаружено, что выраженность рискованного поведения увеличивается к концу исследуемого периода. Например, если в 11 лет курят только 15 % детей, то к 15 годам доля курящих достигала 62 %. Если в 11 лет еженедельно употребляли алкоголь только 5 % респондентов, то в 15 лет таких подростков было уже 29 %. Масштабное срезовое исследование, в котором приняли участие все школьники одной из областей Швеции (2181 человек), позволило сделать вывод о том, что поведение в сфере здоровья сильно изменяются именно в возрасте от 11 до 14 лет; при этом у девочек изменения происходят быстрее, чем у мальчиков. Сами подростки описывают этот период как драматичный, однако в отличие от взрослых они больше указывают на неблагополучие в межличностных отношениях. Данные относительно резкого возрастания употребления алкоголя в подростковый период были получены О’Мэлли с соавторами в 1998 г. [172].

В период ранней взрослости (20–40 лет) большинство людей оценивает свое здоровье как отличное. Однако после 30 лет начинается постепенное ухудшение физического функционирования, а после 35 лет дают о себе знать основные хронические заболевания современной эпохи – сердечно-сосудистые и онкологические. Интересно, что в этом возрасте мужчины имеют в два раза больший шанс умереть, чем женщины. Возможно, это объясняется их значительной предрасположенностью к генетически детерминированным заболеваниям, а возможно различным отношением к здоровью и поведенческими особенностями. В целом жизненный стиль людей в этом возрасте стабилизируется – например, снижается вероятность того, что человек начнет впервые злоупотреблять психоактивными веществами.

В период средней взрослости (40–65 лет) люди находятся на пике своих возможностей. Однако именно в этом возрасте существенно повышается смертность – например, ее показатели у 45-летних реципиентов удваиваются по сравнению с показателями смертности людей 35 лет. Снижается способность организма переносить физические нагрузки, становятся очевидными симптомы хронических заболеваний. На этот период приходится менопауза.

Поздняя взрослость (старше 65 лет) характеризуется снижением способностей человека справляться даже с небольшими заболеваниями. Драматические изменения происходят в двигательной сфере: уменьшается выносливость человека, снижаются скорость и сила движений.

Таким образом, набор наиболее важных видов безопасного и рискованного поведения человека специфичен для каждого из возрастных периодов.

Помимо возрастных различий поведения, связанных со здоровьем, существуют и значительные *гендерные различия*. Предполагается, что они являются причиной разницы в средней продолжительности жизни мужчин и женщин. Мужчины более склонны к рискованному поведению. Как уже указывалось, это может быть связано с доминирующими в современной культуре моделями маскулинности и фемининности, но возможно, что разница в поведении – это артефакт, который объясняется различиями в видах рискованного поведения, характерных для женщин и для мужчин. Многие виды рискованного поведения связаны с сердечно-сосудистой патологией, которой страдают мужчины. Вместе с тем неоправданное

применение диеты, как и злоупотребление медицинской помощью, до сих пор остается сугубо женским видом рискованного поведения.

Немаловажным является вопрос о том, каким образом можно измерить (оценить) связанное со здоровьем поведение. До сих пор наиболее распространенным является метод анкетного опроса. В США с 1984 г. для подобных исследований применяется «Система мониторинга поведенческих факторов риска» (Behavioral Risk Factor Surveillance System). Ее разработали специалисты Национального центра контроля за заболеваниями. Ежегодно в рамках этого проекта исследуются данные по каждому из штатов, а также по округам Колумбия и Пуэрто-Рико. Материал собирается путем телефонного опроса репрезентативных выборок (200 000 человек). Сначала в опросе изучались шесть поведенческих параметров: курение, употребление алкоголя, физическая активность, рацион питания, уровень артериального давления и использование ремней безопасности при поездках на автомобилях. Впоследствии каждый из штатов смог включить в анкету и другие вопросы, отражающие местную специфику [199].

Достоинством этого метода является принципиальная сопоставимость данных в масштабах всей страны. К числу недостатков можно отнести значительные финансовые затраты на его проведение и невозможность полностью доверять собранным данным (например, будут ли достоверными ответы, если в телефонном интервью затрагиваются такие темы, как употребление наркотиков?).

Другими способами исследования безопасного и рискованного поведения являются личные интервью, наблюдение, психофизиологические методы (например, измерение количества вещества в крови), анализ документов (записи в личных делах, медицинских картах и пр.). В настоящее время анкетный опрос считается наиболее экономичным и одновременно информативным способом оценки поведения, несмотря на то, что некоторые исследователи не признают его таковым. Однако С. Саттон полагает, что альтернативы этому подходу пока нет [231]. Наблюдение или данные, полученные от третьих лиц (врачей, педагогов и др.), также могут быть недостоверными. В 1940–1970-е гг. при исследовании санитарной культуры предлагалось учитывать и объективные показатели, т.е. характеристики окружающей среды, свидетельствующие об осознании необходимости заботы о здоровье.

Критериями роста санитарной культуры являются повышение доли семейного бюджета на заботу о здоровье, улучшение санитарного состояния жилища, производственных помещений и улиц, попытки воздействовать на работу системы здравоохранения, посещаемость поликлиник и др. [92]. Представляется целесообразным использовать подобные показатели в дальнейших исследованиях.

Часто респондентам задают слишком общие вопросы – например, стараются ли они заботиться о своем здоровье. При этом игнорируется тот факт, что одинаковые ответы могут дать респонденты с различными характеристиками образа жизни – так, один человек считает главным компонентом здорового образа жизни физические нагрузки, а другой – употребление в пищу овощей и фруктов. Большая часть анкетных опросов происходит в ходе срезовых, а не лонгитюдных исследований, что позволяет усомниться в устойчивости выявляемых таким образом показателей, поскольку не всегда в анкетах уточняется, о каком периоде времени идет речь.

Опыт эмпирических исследований показывает, что важным требованием к измерению поведения являются возможность сопоставления эмпирических результатов, особенно на уровне целой страны (региона), экономичность, рентабельность исследования, достоверность результатов, соответствие изучаемого поведения актуальным вопросам здравоохранения.

5.3. Модели безопасного и рискованного поведения

Общая характеристика моделей безопасного поведения

Большинство концепций безопасного поведения было создано в рамках социально-когнитивного подхода. Социальные когниции представляют собой субъективное отражение социальной ситуации. В рамках психологии здоровья наибольший интерес представляют связанные с когнициями социально-регуляторные процессы. Они включают в себя постановку целей, когнитивную подготовку, мониторинг и оценку индивидом собственной активности. Предполагается, что главной задачей при осуществлении саморегуляторных процессов является достижение соответствия поведения самовосприятию и персональным целям [212].

Согласно социально-когнитивным моделям, *поведение в сфере здоровья* является результатом *осознанно принятого решения*. Прообразом современных социально-когнитивных моделей являются модели «ожидаемой ценности» и «субъективно ожидаемой полезности». Первоначально они разрабатывались для применения в сфере азартных игр. Их истоки лежат в работах философов и математиков XVII–XVIII вв., таких, как Б. Паскаль и Д. Бернулли. Ожидаемая ценность была определена ими как произведение выигрыша на его вероятность. Обратив внимание на различную значимость для человека денежного выигрыша, Д. Бернулли предложил использовать понятие субъективной ценности. Он, в частности, указал на необходимость учета не только абсолютного выигрыша, но и выигрыша в соотношении с имеющейся у клиента суммой [52]. Одной из первых психологических моделей ожидаемой ценности была дескриптивная модель поведения, предложенная в 1944 г. Нейманом и Моргенштерном. В дальнейшем появились указания на то, что в сфере предсказания человеческого поведения не только полезность, но и вероятность является субъективной категорией. Таким образом, теории ожидаемой полезности превратились в теории субъективно ожидаемой полезности [107].

Вероятность принятия решения относительно какого-либо поступка в численном выражении определяется как произведение ожиданий результата на его ценность:

$$P = \text{ожидание} \cdot \text{ценность}.$$

Предполагается, что модель ожидаемой пользы является наиболее хорошо разработанной моделью выбора в потенциальной ситуации. Если у индивида будет достаточно времени для принятия решения, он будет поступать в согласии с данной моделью, т.е. оценивать каждый потенциальный результат исходя из его привлекательности и вероятности достижения, а затем складывать эти величины, чтобы определить общую привлекательность действия [247].

В 1960–1990 гг. на основе данной концепции был разработан ряд моделей безопасного поведения. Их можно разделить на несколько типов:

- модели, претендующие непосредственно на предсказание поведения; модели, описывающие факторы влияния на интенции (например, в модели убеждений речь идет о пред-

сказании поведения, в то время как теория обоснованного действия описывает факторы, предопределяющие не поведение, а намерение его осуществить). Предполагается, что знаний об интенциях достаточно для предсказания поведения, когда они стабильны, имеют прямое отношение к поведению, а само это поведение является произвольным;

- статичные и динамические стадияльные модели безопасного поведения. Статичные модели опираются на идею о поведении как о результате единожды принятого решения, динамические рассматривают изменение поведения как результат постепенного перехода с одной стадии готовности на другую, причем этот переход, как и в других моделях, определяется когнитивными процессами. К стадияльным моделям относятся транстеоретическая модель поведенческих изменений Дж. Прохазки и процессуальный подход Р. Шварцера;

- аддитивные (когда предполагается, что каждая переменная вносит свой независимый вклад в предсказание поведения или интенции) и мультипликативные (соответствующие модели ожидаемой ценности). В последнем случае переменные, относящиеся к оценке вероятности и полезности, перемножаются до их включения в статистический анализ (наиболее последовательно мультипликативный подход реализован в теории обоснованного действия).

Модель убеждений в сфере здоровья

Первая статья, в которой описывались основные положения *модели убеждений* (The Health Beliefs Model), была опубликована Беккером и соавторами в 1977 г. В модели рассматриваются два основных вида репрезентаций, направляющих поступки человека, – репрезентация угрозы и репрезентация поведения. Согласно этой модели, безопасное поведение человека непосредственно определяется его убеждениями, а именно:

- воспринимаемой уязвимостью, т.е. воспринимаемой вероятностью возникновения болезни;
- воспринимаемой серьезностью (оценкой последствий, к которым эта болезнь может привести);
- оценкой пользы безопасного поведения (воспринимаемая выгода);

- оценкой материальной и психологической «стоимости» (издержек) данного поведения (воспринимаемые барьеры) [211; 227; 229].

Помимо основных видов убеждений авторы модели указывают на дополнительные факторы поведения, такие, как актуальное состояние здоровья индивида, воздействие на него социального окружения и средств массовой информации, пол, возраст, уровень образования и социоэкономический статус. К сожалению, их значимость внутри модели убеждений малоизучена [173]. В графическом виде модель убеждений представлена на рис. 5.2.

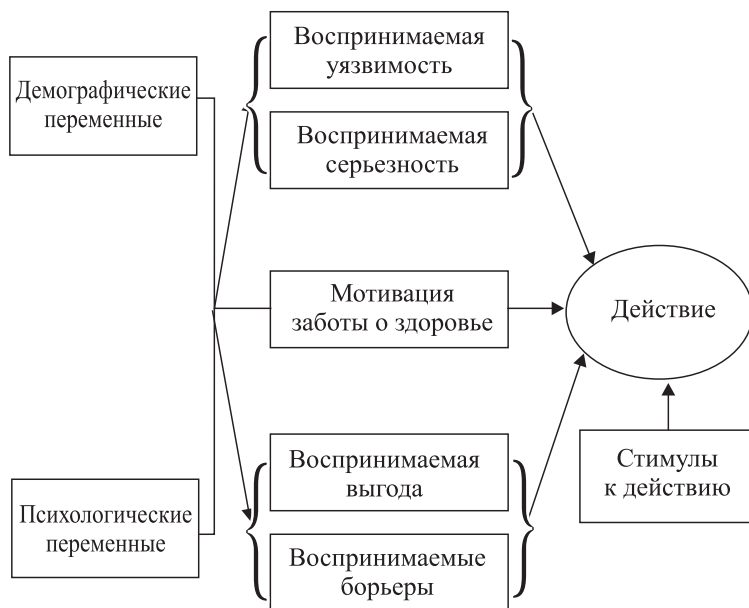


Рис. 5.2. Модель убеждений

Модель убеждений неоднократно подвергалась эмпирической проверке, в том числе проводился метаанализ собранных в различных исследованиях эмпирических данных. Результаты показывают, что наиболее значимым (с точки зрения выраженности статистического эффекта) компонентом модели убеждений являются воспринимаемые барьеры [212]. Однако существует определенная специфика применения модели для

предсказания различных видов поведения. Одним из наиболее важных факторов, определяющих частоту самообследований по поводу рака и уровень информированности относительно данного заболевания, является воспринимаемая угроза (соотношение уязвимости организма и серьезности заболевания) [186]; аналогичные данные характеризуют сексуальное поведение [192]. В то же время при изучении индивидуальных различий в выборе диеты наибольшую значимость для испытуемых женского пола имеет воспринимаемая выгода, а для мужчин – воспринимаемая угроза здоровью [221]. Промонстрирована важность переменной «воспринимаемые барьеры» для предсказания частоты самообследований груди (на предмет выявления опухоли) [167], безопасного сексуального поведения [206]. Высокий воспринимаемый риск приводит к уменьшению количества ежедневно выкуриваемых сигарет [139].

Анализ эмпирических данных позволяет сделать вывод о том, что переменная «воспринимаемая угроза» определяет общее количество энергии, затрачиваемой при осуществлении какого-либо поведения. Выбор же конкретного способа сохранения здоровья зависит от соотношения воспринимаемых выгод и издержек [230].

Критики модели убеждений подчеркивают, что она помогает предсказать всего 10 % различий в поведении [230]. Если судить по ранним публикациям Беккера, внутри конструкторов «репрезентация угрозы» и «репрезентация поведения» предполагаются мультипликативные связи, однако в действительности характеру взаимоотношений между компонентами модели уделяется очень мало внимания.

Теория мотивации самосохранения

Основной целью разработки *теории мотивации самосохранения* стало описание реакции людей на угрожающую здоровью информацию. Как известно, одним из факторов развития психологии здоровья явился кризис медицинского просвещения – в частности, неудовлетворенность его эффективностью. С одной стороны, большинство людей в наше время осведомлены о факторах развития болезней, с другой – эта осведомленность мало отражается на их реальном поведении. Поэтому основной задачей автора модели Роджерса была

идентификация когнитивных факторов, опосредующих эффекты сообщений об угрозах для здоровья. Было высказано предположение, что страх, связанный с подобными сообщениями, является одним из важных факторов мотивации поведения. Помимо страха большую роль играет и информация о способах устранения угрозы. Если, например, в сообщении имеется только вызывающая страх информация, но нет советов по устранению угрозы, индивид для снижения интенсивности негативных эмоций начнет использовать неадаптивные поведенческие и эмоциональные стратегии. Роджерс был не первым психологом, высказавшим идеи подобного рода. Его теория базируется на более ранних работах (например, Novland et all.), указавших на три основных стимула самосохранительного поведения:

- 1) уровень угрозы;
- 2) вероятность наступления события (несчастливого случая, болезни и т.д.), если индивид не примет меры профилактики;
- 3) субъективно оцениваемая (в том числе и на основе прошлого опыта) эффективность рекомендуемых мер (копинг) устранения угрозы.

Роджерс включил в свою модель и другие факторы, влияющие на поведение – например, характеристику личности, вознаграждение за текущее (гипотетическое, неадаптивное) поведение. В итоге все факторы он разделил на две большие группы: оценки угрозы и оценки копинга. (Как можно заметить, по этому параметру теория мотивации самосохранения имеет значительное сходство с моделью убеждений.) В графическом виде модель представлена на рис. 5.3.

Эмпирическая проверка теории мотивации самосохранения проводилась на различных выборках и для различных видов поведения. Наибольший вклад в предсказание мотивации самосохранения вносят оценки копинга. Однако значимость компонентов модели может различаться в зависимости от стадии осуществления поведения и от того, о какой активности идет речь – об инициации безопасного поведения (например, использование солнцезащитного крема) или о прекращении рискованного поведения (отказ от курения). Для предсказания интенций были значимыми все компоненты модели, а для предсказания поведения – самоэффективность [212].

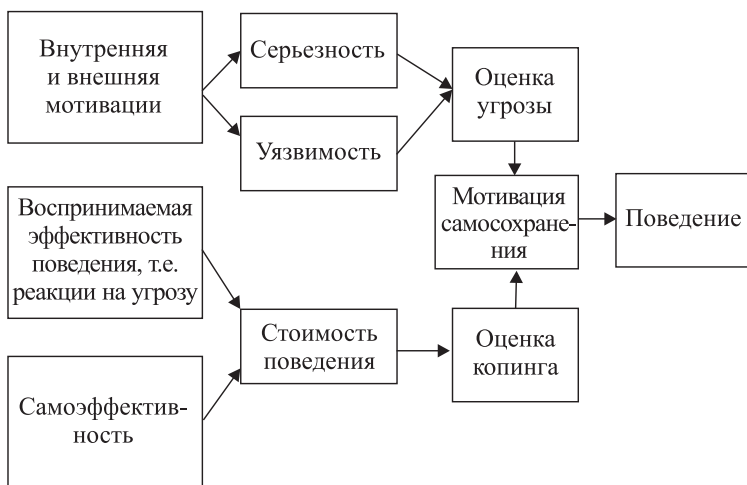


Рис. 5.3. Теория мотивации самосохранения

Социально-когнитивная теория

Двумя ключевыми элементами в рамках данной теории являются ожидания результатов и самоэффективность. Если человек считает себя способным осуществить нужное поведение (высокая самоэффективность) и сохраняет позитивные ожидания результатов, это способствует его целенаправленному безопасному поведению. К тому же самоэффективность оказывает на поведение непосредственное воздействие.

В теории специально рассматривается понятие целей. Предполагается, что ближайшие и отдаленные цели по-разному влияют на поведение. В графическом виде модель представлена на рис. 5.4.

Дальнейшие исследования самоэффективности в психологии здоровья привели к формированию различных точек зрения на данную психологическую характеристику. Например, А. Бандура считает, что необходимо отдельно рассматривать самоэффективность для каждой из решаемых человеком задач. Другие специалисты полагали, что для любого человека свойствен определенный (общий) уровень самоэффективности, который будет определять его действия. Например, пациенты с высокой общей самоэффективностью, перенесшие операцию на сердце, в после-

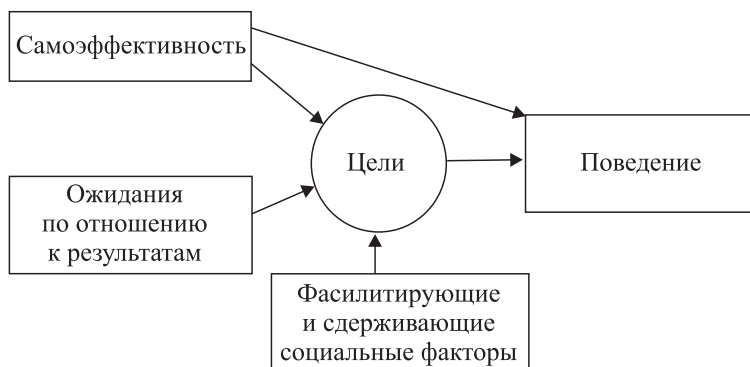


Рис. 5.4. Социально-когнитивная теория

дующие шесть месяцев характеризуются более высоким качеством жизни, чем контрольная группа.

Выделяют следующие разновидности самоеффективности в зависимости от стадии поведения:

- резистентная самоеффективность;
- самоеффективность в сфере редукции вреда;
- предвосхищающая самоеффективность;
- поддерживающая самоеффективность;
- самоеффективность возврата к здоровому поведению [212].

Теория целенаправленного поведения

Согласно этой теории, безопасное поведение направляется интенциями (намерениями) и осуществляется под произвольным контролем субъекта. Желание осуществить то или иное поведение определяется совместным действием трех факторов:

- аттитюдов в отношении данного поведения:
 - мнения индивида о том, приведет ли это поведение к желаемым результатам;
 - субъективно воспринимаемой ценности результатов;
- субъективных норм поведения:
 - мнения индивида о том, каких именно поступков ожидают от него «значимые другие»;
 - желания индивида соответствовать ожиданиям окружающих;
- воспринимаемого контроля над вероятностью наступления события и над собственной способностью тормозить или ускорять развитие данной ситуации [173; 212] (рис. 5.5).

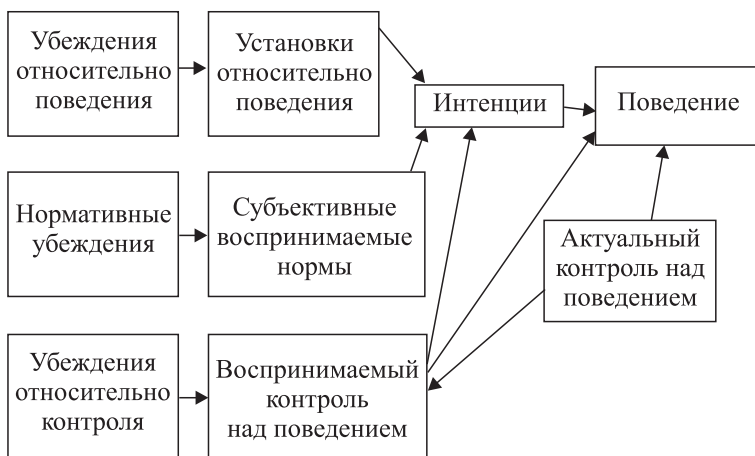


Рис. 5.5. Теория целенаправленного поведения [231]

Психолог А. Эйзен, добавивший в теорию переменную «воспринимаемый контроль», предположил, что ее величина прямо влияет на намерение индивида осуществить то или иное поведение и на его поступки. Если человек полагает, что он способен контролировать свое поведение, то он будет прикладывать значительные усилия изменить его [212].

В отличие от модели убеждений теория М. Фишбеина и А. Эйсена включает переменную «субъективно воспринимаемые нормы поведения». Опыт пропагандистских кампаний показывает важность этой переменной. Воздействие на аудиторию будет тем эффективнее, чем чаще призывают к изменению поведения известные в обществе и пользующиеся авторитетом люди [173]. Однако влияние данного фактора в основном демонстрировалось в исследованиях тех видов поведения, которые достаточно жестко контролируются социумом (курение, употребление алкоголя и наркотиков, поддержание привлекательной внешности).

В то же время существуют виды поведения, которые реально могут повлиять на здоровье, но по отношению к которым социальные нормы выражены неконкретно или противоречивы. Это касается, например, частоты визитов в поликлинику, приема лекарств без назначения врача, выполнения режима лечения, соблюдения требований выполнения прививок.

Эмпирические исследования в рамках модели показали, что наиболее значимым для предсказания поведения и интенций является фактор *«воспринимаемый контроль»*. Согласно данным метаанализа, теория объясняет около 25 % различий в поведении и около 50 % различий в интенциях [230].

В адрес теории М. Фишбеина и А. Эйзена высказывалось довольно много критических замечаний. Так, остается открытым вопрос о том, каким образом интенции связаны с поведением [173]. Поступки человека могут определяться не только его интенциями, но и рядом других факторов – в частности, актуальным состоянием (эмоциональным фоном, наличием физических симптомов), особенностями ситуации, прошлым опытом.

Критики также указывают, что теория целенаправленного поведения проверяется с помощью слишком сложного инструментария. В некоторых исследованиях испытуемым предлагалось проанализировать потенциальные выгоды и издержки пятидесяти альтернативных видов поведения. В реальной же ситуации принятия решения человек редко рассматривает более десяти вариантов. При этом он обычно использует достаточно приблизительные критерии оценки пользы и стоимости, чтобы ускорить процесс решения. Таким образом, теория не описывает реальный процесс принятия решения (за исключением, может быть, наиболее важных ситуаций выбора). Пример опросника для проверки теории приведен в приложении.

Кроме того, данная теория создана для предсказания вероятности изменений в поведении, но в ней практически не учитывается отношение человека к тому поведению, которое он осуществляет в настоящий момент.

Интегративная модель профилактики в сфере индивидуального и общественного здоровья

Интегративная модель профилактики в сфере индивидуального и общественного здоровья, разработанная Э. Кельс и Л. Монтада [183], призвана компенсировать личностно центрированный подход к предсказанию здорового поведения. Авторы предположили, что чувство ответственности за судьбу общества, альтруистические и моральные мотивы могут являться важными факторами здорового поведения.

В ходе эмпирической проверки модели были опрошены 558 человек. Оценивались установки респондентов по отношению к профилактике рака. При этом речь шла как об индивидуальной профилактике, так и о профилактике на уровне популяции. Авторы подчеркивают, что, хотя разработанная ими модель описывает индивидуальное поведение, в ней в то же время учитываются социальные факторы.

В модели разделяются индикаторы поведения, а также его индивидуальные и социальные детерминанты.

К *индивидуальным индикаторам поведения* относятся факторы, связанные со стремлением к редукции риска для респондента лично:

- готовность предпринимать действия для снижения индивидуального риска;
- превентивное поведение, связанное с готовностью принимать действия для снижения индивидуального риска;
- желание получать информацию об эффективной профилактике рака, которую можно осуществлять на индивидуальном уровне.

В число *социальных индикаторов поведения* входят факторы, имеющие отношение к профилактике рака на уровне всей исследуемой популяции:

- готовность вносить вклад в продвижение законов, норм, положений, инструкций, способствующих профилактике рака среди всего населения данной страны;
- желание сделать вклад в профилактический скрининг на уровне всей популяции (например, в виде налога на здоровье);
- стремление активно поддерживать реализацию профилактических программ (например, в качестве волонтера).

Э. Кэльс и Л. Монтада подчеркивают, что подобные социальные действия будут способствовать долгосрочной выгоде на уровне всей популяции.

К *индивидуально центрированным предикторам поведения* относятся:

- восприятие индивидуального риска рака;
- интернальный контроль в отношении рака (человек думает, что может повлиять на вероятность заболевания);
- индивидуальные барьеры профилактики рака.

Социально центрированными предикторами являются:

- восприятие рака как угрозы для всей популяции;
- интернальный контроль (возможность индивида оценивать свою способность влиять на политику в области здравоохранения);

- экстернальный контроль (насколько высоко индивид оценивает способность органов здравоохранения, политиков, общественных организаций проводить профилактику рака);
- социальные барьеры (экономические затраты, неудобства, связанные с запретом на курение в общественных местах и т.д.).

Оказалось, что индивидуальные и социальные индикаторы поведения тесно связаны (индивиды, стремящиеся обеспечить себе личную защиту от рака, также склонны к участию в социальных действиях аналогичной направленности). Сходные тесные связи были обнаружены и между индивидуальными и социальными *предикторами поведения*. Наиболее значимыми предикторами поведения оказались убеждения относительно контроля (как на социальном, так и на индивидуальном уровнях); при этом были выявлены как вполне очевидные связи индивидуального контроля и индивидуального поведения, так и связи индивидуального контроля и социального поведенческого индикатора. Такие же характеристики были получены и для воспринимаемого риска. Интересно, что имеющийся опыт переживания рака побуждал респондентов не только к индивидуальной, но и к социальной профилактике [183]. В графическом виде модель представлена на рис. 5.6.

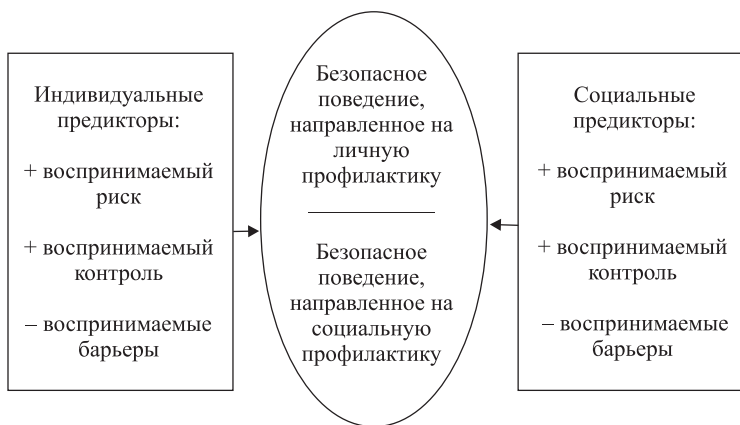


Рис. 5.6. Интегративная модель профилактики в сфере индивидуального и общественного здоровья

Стадиальные модели здорового поведения

Транстеоретическая модель изменений в поведении.

В отличие от предшествующих моделей данная модель позволяет предсказать не только само решение, но и следующее за ним поведение. Необходимо различать факторы, которые иницируют какую-либо деятельность, и факторы, способствующие ее продолжению [214]. Транстеоретическая модель изменений в поведении в основном описывает процесс отказа от вредных привычек или другую долговременную активность, требующую от человека больших усилий. Психолог Дж. Прохазка в осуществлении безопасного поведения выделяет пять стадий:

- предварительного размышления (отдельные, неоформленные и недостаточно серьезные мысли об изменении поведения);
- серьезных размышлений по поводу изменения поведения;
- подготовки к изменениям;
- попыток изменения;
- поддержания изменений [214].

Модель подразумевает возможность возврата с любой стадии на первую, что особенно отчетливо видно на примере отказа от курения. Около 80 % курильщиков снова начинают курить в течение первых двух лет [214]. Стадии, которые выделил Дж. Прохазка, взаимно исключают друг друга (в определенный момент времени человек находится на строго определенной стадии). Дж. Прохазка также утверждает, что обычно поведение разворачивается именно в указанной выше последовательности: от первой стадии к пятой. Для того чтобы поддерживать изменения в поведении и переходить с одной стадии на другую, человек использует различные когнитивные процессы:

- усиление осознания (накопление информации о своем «Я» и об актуальной проблеме);
- переоценка «Я» в связи с актуальной проблемой;
- контрбусливание;
- поиск альтернатив текущему (проблемному) поведению;
- контроль над стимулами;
- использование подкреплений (самоподкрепление или поиск подкрепления со стороны окружающих).

Предполагается, что на каждой стадии используются специфические когнитивные стратегии. Например, для пятой стадии (поддержание достигнутых изменений) в основном характерны контроль над стимулами и противообусловливание, для четвертой, на которой начинаются реальные изменения, – поиск подкрепления. Эти когнитивные процессы обеспечивают движение от стадии к стадии. Воспринимаемая самоэффективность также учитывается в данной модели (она связана с описанными выше вспомогательными процессами) [173].

Эмпирическая проверка модели показала, что деление на стадии является достаточно условным. Также не удалось подтвердить предположение о том, что, изменяя свое поведение, человек последовательно проходит все пять стадий. Видимо, больше соответствует реальности следующее утверждение: нахождение индивида на пятой стадии подразумевает, что когда-то (в течение своей жизни) он побывал на четырех предыдущих (но не обязательно проходил их подряд, без временных интервалов между ними) [173; 212].

Модель больше подходит для описания идеального процесса изменений в поведении (например, такого, который планируют профессионалы при разработке программы лечения от наркотической зависимости). Несомненным достоинством данной модели являются рассмотрение поведения в динамике и указание на ментальные процессы, которые способствуют полезным изменениям. Тем не менее она излишне рационалистична и не учитывает того, что существуют когнитивные процессы, препятствующие изменениям – например, тенденция откладывать все на потом или неадекватная самооценка. В целом модель так же, как и предшествующие теории, можно отнести к классу моделей «ожидаемой ценности», поскольку она утверждает, что поведение определяется оценкой выгод и издержек, произведенной на начальных стадиях.

Процессуальный подход Р. Шварцера. Данный подход основан на выделении двух стадий осуществления поведения (стадий саморегуляции) – мотивационной и волевой. В мотивационной фазе можно выделить три переменные, способные непосредственно повлиять на интенции: самоэффективность, ожидания относительно результатов поведения, а также восприятие риска. При этом процессу изменения поведения (на-

пример, смена рискованного поведения на безопасное) способствует высокая оценка риска. Люди с повышенным восприятием риска оценивают результаты своего нового поведения как более позитивные. Как следствие, они имеют более высокий уровень самооффективности. При этом если мотивационная фаза неоднократно исследовалась эмпирически, то описанная Р. Шварцером волевая фаза, в ходе которой и осуществляется поведение, основана исключительно на гипотезах. В ходе данной фазы выделяют этапы планирования, инициации и поддержания поведения. Основные элементы модели отражены на рис. 5.7.

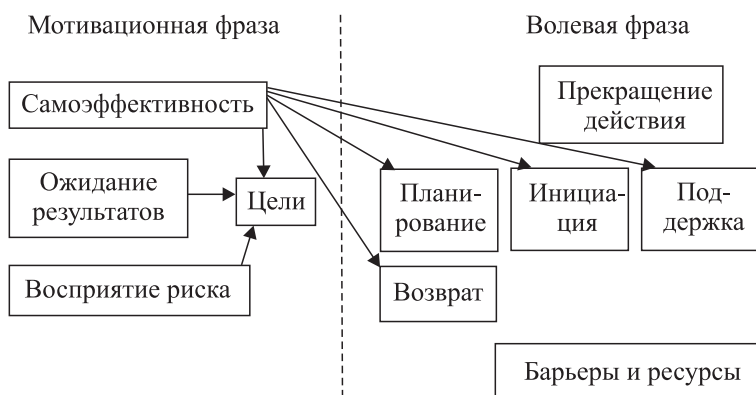


Рис. 5.7. Процессуальный подход Р. Шварцера

Таким образом, мотивация самосохранения является результатом действия двух процессов оценки – угрозы и копинга [212].

Теории рискованного поведения

Рискованное поведение в литературе чаще всего рассматривается у людей молодого возраста. Оно объясняется их недостаточными знаниями о здоровье и отсутствием необходимых для принятия решения когнитивных навыков; эмоциональными расстройствами; низким социально-экономическим статусом; физиологическими факторами; отсутствием других возможностей для самовыражения.

Объяснение рискованного поведения с *позиций информационного* и (или) *когнитивного дефицита* является приемлемым лишь частично. Действительно, многие авторы отмечают, что молодые люди обладают недостаточным запасом знаний о своем здоровье и о мерах по его сохранению. Из-за отсутствия жизненного опыта они просто не могут представить последствия некоторых своих действий; например, девочке довольно трудно самостоятельно оценить, как изменят ее жизнь нежелательная беременность, хроническое заболевание и подобные события. К сожалению, во многих других возрастных группах также отмечается недостаточная информированность об основных видах риска (по данным опроса, проведенного Институтом социологии Российской академии наук в 1990-е гг., 40 % респондентов затрудняется ответить, как конкретно курение влияет на организм человека).

Некоторые авторы рассматривают рискованное поведение в юношеском возрасте как следствие имеющихся *эмоциональных нарушений*. Подобные взгляды можно считать социально обусловленными (если поведение человека отличается от среднестатистического, значит, он психически неуравновешен).

Для западной психологии типичным является приписывание рискованного поведения лицам с *низким социально-экономическим статусом*. Однако авторы не учитывают тот факт, что с повышением социального статуса человека негативная информация о нем становится все менее доступной для исследователя.

Более перспективными представляются альтернативные объяснения рискованного поведения. Так, Ч. Ирвин предлагает рассматривать рискованное поведение как неотъемлемую характеристику *процесса социализации*. Он выделяет четыре этиологических фактора: когнитивные навыки, особенности самовосприятия, социальное окружение, ценности, на которые ориентируется человек. Неустойчивая самооценка, а также неадекватные когнитивные стратегии способствуют заниженному восприятию риска. Такие ценности, как автономия, контроль и давление группы сверстников, усиливают готовность к рискованному поведению.

По мнению других авторов, наибольшая распространенность рискованного поведения среди подростков обусловлена физиологическими факторами – *процессами биологического созревания* (в частности, изменившимся гормональным фо-

ном). М. Цукерман полагает, что опасные действия вызваны стремлением к острым ощущениям.

В некоторых случаях рискованное поведение является единственным *способом добиться поставленных целей*. Во-первых, невозможно с абсолютной точностью предсказать последствия каждого поступка; во-вторых, если вовсе отказаться от рискованного поведения, то выигрыш может быть минимальным. Л. Лопес утверждает, что рискованное поведение зависит от уровня притязаний и от того, насколько выражена у человека потребность в безопасности. Люди, склонные к риску, характеризуются тенденцией (при рассмотрении возможных последствий своих поступков) фокусироваться на положительных моментах, а люди, тяготеющие к избеганию риска, в большей степени фокусируются на отрицательных моментах.

Можно также рассматривать стремление к риску как стремление к реализации важных для личности мотивов. У. Гарднер полагает, что молодежь рискует больше, чем взрослые, потому, что ей необходимо на собственном опыте проверить свои способности. Подростки представляют жизненные перспективы недостаточно ясно, поэтому, по мнению У. Гарднера, они не склонны к «инвестициям в будущее».

В некоторых случаях рискованное поведение является попыткой подростка установить контроль над окружением. Если человеку не представляются другие возможности для проявления своей власти и самостоятельности, он может устанавливать контроль над окружающими людьми с помощью насилия [122].

5.4. Критическая оценка моделей безопасного и рискованного поведения

Анализ рассмотренных моделей безопасного и рискованного поведения позволяет сделать выводы:

1. Практически во всех моделях используется концепция ожидаемой ценности (субъективно ожидаемой полезности). Поэтому когда речь идет о субъективных представлениях о болезни, то имеется в виду произведение воспринимаемого риска на воспринимаемую серьезность болезни, а когда речь идет об оценках поведения, имеется в виду произведение ве-

роятности достижения нужного результата при помощи поведения на ценность данного результата.

2. Основными компонентами моделей являются: 1) оценки поведения (например, выгоды, издержки, воспринимаемые социальные нормы относительно поведения); 2) оценки болезни (вероятность ее развития и ее опасность); 3) оценки контроля (самоэффективность, воспринимаемый контроль над окружением и пр.).

3. Поведение человека рассматривается как результат его сознательного решения, что может ограничивать сферу применения данных моделей.

Больше всего дискуссий ведется вокруг понятия воспринимаемой уязвимости (воспринимаемого риска). Эмпирические исследования свидетельствуют о нелинейности связи между воспринимаемым риском и поведением. Индивиды, вовлеченные во вредные для здоровья виды активности, достаточно хорошо осведомлены об опасности, которой они подвергаются [241]. В связи с этим необходимо понять, может ли человек правильно оценивать риск; какие когнитивные стратегии используются для его оценки; достаточно ли мотивирован человек к тому, чтобы получать информацию о риске и использовать ее при принятии конкретного решения; всегда ли человек стремится к уменьшению риска.

Объем и точность знаний, имеющихся у людей об основных факторах риска, являются недостаточными, несмотря на доступность подобного рода информации. Так, психологи С. Уилкоккс и М. Стефаник исследовали представления женщин средней и старшей возрастной групп о наиболее распространенных заболеваниях. Достоверную информацию о раке имели около 70 % испытуемых, о заболеваниях сердечно-сосудистой системы – лишь 50 %. Оказалось, что более высокому восприятию риска конкретного заболевания способствует наличие такого недуга у кого-либо из родственников.

Н. Уэнстайн, изучая *индивидуальные способы оценки риска*, выявил и описал феномен «неоправданного оптимизма» или «иллюзии неуязвимости». Он утверждает, что люди имеют склонность занижать вероятность наступления опасных событий и преувеличивать свои возможности справляться с их последствиями. Неоправданный оптимизм обнаруживается как в отношении решения проблем со здоровьем, так и в отношении урегулирования семейных и других неприятностей. Иллюзии неуязвимости особенно подвержены люди, которые ранее не

сталкивались с трагическими и страшными событиями. Тем не менее из этого правила есть исключения. Например, в отношении рака обнаруживается как неоправданный оптимизм, так и неоправданный пессимизм (человек преувеличивает вероятность заболеть). Испытуемые склонны также завышать оценки риска автокатастроф [190]. Б.Фишхофф отмечает тенденцию к переоценке малых вероятностей событий и недооценке высоких [154]. Н. Уэнстайн пришел к выводу о том, что неоправданный оптимизм может возникать и поддерживаться в результате следующих когнитивных ошибок:

- неадекватного выбора объекта для сравнения. «Оптимист» сравнивает свой риск с риском для гипотетического «среднего» человека, не обладающего никакими особыми достоинствами. Если предложить ему выбрать для сравнения кого-нибудь из своих ближайших знакомых (например, лучшего друга, одного из родителей), неоправданный оптимизм обычно исчезает, ведь человеку свойственно желать, чтобы близкие люди были так же защищены от неприятностей, как и он сам. Интересно, что в тех случаях, когда требовалось сравнить себя с кем-либо из знакомых, испытуемые выбирали того, кто был наиболее уязвим;

- эгоцентрической направленности внимания. Обычно в процессе оценки риска испытуемый не задумывается о том, что делают для сохранения своего здоровья другие люди (он полагает, что заботится о себе больше, чем окружающие). Поэтому одним из способов борьбы с иллюзией неуязвимости Н.Уэнстайн считает информирование о повсеместно применяемых профилактических мерах;

- неоправданного оптимизма (пессимизма), возникающего в конкретном исследовании, как артефакта, связанного с некорректной постановкой вопросов. В обыденной жизни немногие задумываются о риске заболеть, поэтому испытуемым нужно сообщать о характеристиках конкретной ситуации – например: «Каков для Вас риск заболеть гипертонией, если Ваш вес останется прежним? (или: «...если Вы поправитесь на 5 кг?»). Многие авторы исследований возражают против оценки возможного риска в численном выражении или в сравнительной степени «выше среднего», «ниже среднего». В реальной жизни люди редко используют подобные категории для оценки риска. Ответы испытуемых зависят и от предварительно сообщаемой им информации, которая может исказить восприятие риска [241].

Социальные психологи отмечают недостаточную экологическую валидность модели ожидаемой полезности. Д. Канеман и А. Тверски описали несколько стратегий оценки риска, которые человек использует в обыденной жизни (так называемую «наивную эвристику»). В частности, они отметили, что в оценке риска индивид опирается на правила доступности и репрезентативности.

Правило доступности означает, что как самый вероятный исход будет оцениваться исход, легко припоминаемый. Использование этого правила объясняет пессимистические оценки риска (попасть в дорожно-транспортное происшествие или заболеть раком). Подобные ситуации часто упоминаются в повседневных разговорах и в средствах массовой информации.

Правило репрезентативности отражает склонность людей учитывать при оценке риска характерные описания соответствующих ситуаций. Если индивид имеет в своем распоряжении некоторые специфические данные (например, о человеке, подвергающемся какому-то риску), он будет игнорировать даже доступные ему статистические показатели. Когда испытуемым предлагают оценить риск заражения ВИЧ-инфекцией мужчины старше 60 лет, то они определяют его как минимальный. Однако, если добавить сведения о том, что мужчина является гомосексуалистом, риск начинает оцениваться как высокий. Склонность людей опираться в суждениях о здоровье на правило репрезентативности подтверждается и результатами исследований С. Бишопа. В его эксперименте была выявлена тенденция к использованию при решении задач в области здоровья не столько информации медицинского характера, сколько представлений о личностных характеристиках типичного больного.

Можно указать и на другие не менее значимые факторы, способствующие искаженным оценкам риска – например, на *неоправданный оптимизм*. Он необходим для поддержания положительной самооценки и хорошего настроения, для устранения тревоги, является источником положительных эмоций. Оптимизм по отношению к себе позитивно влияет на поведение и самочувствие онкологических пациентов, больных после пересадки сердца. Даже если человек верно оценивает риск, это еще не значит, что он в состоянии его уменьшить. Чем более серьезной является угроза, тем более выражен неоправданный оптимизм.

Тенденция усреднения индивидуального риска позволяет «присоединиться» к массе таких же людей, и поэтому имеет явный защитный характер. Если человек чего-то боится, ему хочется думать, что многие люди тоже боятся. Таковы эмоциональные и мотивационные факторы, способствующие подержанию феномена неоправданного оптимизма.

Достаточно сложно ответить на вопрос, каким образом воспринимаемый риск влияет на поведение. Первые попытки разобраться в этом вопросе были сделаны в лабораторных условиях и опирались на теорию статистических решений, где рискованное действие определяется как действие, последствия которого неясны для индивида (могут привести и к успеху, и к неудаче). Отсюда наиболее распространенной моделью экспериментальной ситуации является модель лотереи. В конкретном исследовании успех и неудача связываются либо с денежным выигрышем (проигрышем), либо с решением какой-либо задачи.

Широко известна модель выбора риска Д. Мак-Клиланда и Дж. Аткинсона, которая была использована при создании теорий безопасного поведения. Модель справедлива для тех случаев, когда результат деятельности может изменить самооценку индивида, т.е. вызвать у него чувство гордости или стыда, и в основном зависит от его способностей. Привлекательность выигрыша, а значит, и тенденция выбора того или иного вида поведения равны произведению ожидаемой пользы на вероятность. Позже в модель была включена переменная «личностная диспозиция», которая отражает стремление индивида к достижению успеха или к избеганию неудачи. Испытуемые с выраженной тенденцией избегать неудачи в основном выбирают задачи низкой и высокой сложности, а испытуемые с выраженной тенденцией к достижению успеха обычно выбирают задачи средней сложности [107; 193].

Последующая проверка модели показала, что она наилучшим образом описывает какую-либо долговременную стратегию поведения, а не последствия единичных решений индивида. Модель неоднократно критиковали за использование реальной, а не субъективно воспринимаемой вероятности. Ю. Козелецкий указывает на необоснованность идеи зависимости ценности результата от вероятности его достижения [49]. Субъективная ценность результата познается в сравнении с актуальным состоянием человека, поэтому любую модель достаточно сложно применять для исследований безо-

пасного поведения (нельзя соотнести ценность сохранения здоровья с денежным выигрышем). Вопрос о реальном риске возникновения тех или иных проблем со здоровьем является неразработанным и в медицине. Вероятность наступления некоторых исходов после единичных действий ничтожно мала, вероятность других не поддается точной оценке.

Возможно, опасное поведение вообще не связано с ошибочным восприятием риска. З.Фрейд считал, что оно может служить средством разрешения неосознаваемых конфликтов. Удовольствие, которое человек получает от потенциально опасных действий, вообще игнорируется в психологии здоровья.

Кроме того, в большинстве исследований воспринимаемый риск измеряется одновременно с поведением. Однако у человека, который оценивает свой риск как высокий, должно быть время для того, чтобы изменить свой образ жизни. Видимо, существует обратная связь воспринимаемого риска и поведения: изменения в поведении тоже могут приводить к изменениям в восприятии риска, поэтому в группе испытуемых с выраженным безопасным поведением бывает много таких людей, которые оценивают свой риск как небольшой [241].

Р. Эдельманн отмечает, что существует несколько методов определения риска и соответственно несколько его разновидностей (в частности, абсолютный и относительный риск). Абсолютный риск – это вероятность возникновения конкретного заболевания для любого человека. Относительный риск высчитывается на основе сравнения шансов заболеть для индивидов, подвергающихся воздействию какого-либо конкретного фактора риска, и для индивидов, которые не подвержены данному риску. Например, риск заболеть раком легких для курящих по сравнению с некурящими выше в несколько раз [150]. Исходя из этого, необходимо сообщать людям из группы наибольшего риска информацию об относительном риске [154].

Н. Уэнстайн и М. Николич считают, что применительно к проблеме сохранения здоровья следует говорить не о стремлении к пользе, а о стремлении к благополучию и к психологическому комфорту [241].

На основании проведенного анализа можно сделать следующие выводы относительно возможности использования переменной «воспринимаемый риск» в моделях безопасного поведения:

- человек, как правило, не в состоянии адекватно оценить индивидуальный риск в отношении конкретного заболевания. Данный факт можно объяснить своеобразными когнитивными

стратегиями, которые используются для оценки риска («наивная эвристика»), отсутствием мотивации к осознанию актуального риска и недостаточным объемом знаний о здоровье;

- утверждение о том, что высокий воспринимаемый риск побуждает человека к модификации опасного поведения, не вполне подтверждается эмпирическими данными. Это связано с несовершенством моделей выбора риска, с привлекательностью опасного поведения для некоторых индивидов, а также с тем, что в большинстве исследований воспринимаемый риск измеряется одновременно с поведением.

В некоторых моделях выбора риска (Д. Мак-Клиланд, Дж. Аткинсон, Л. Лопес) учитываются личностные диспозиции, такие, как стремление к достижению успеха или к избеганию неудач. Испытуемые с выраженной тенденцией избегать неудач в основном выбирают задачи низкой и высокой сложности, в то время как испытуемые с выраженной тенденцией к достижению успеха обычно выбирают задачи средней сложности [193].

В психологии здоровья чаще всего речь идет не о реальных вероятностях, которые можно рассчитать и выразить в числах, а о *субъективно воспринимаемом риске заболевания*, который, естественно, не может быть точным. Адекватную оценку риска может провести только специалист. «Чтобы принимать решения с умом, индивиды должны понимать риски и выгоды, связанные с поведением. Они также нуждаются в понимании ограниченности собственного знания и необходимости обращаться за советом к экспертам», – отмечает Б. Фишхофф [154. С. 157]. При этом во многих публикациях умалчивается о том, что даже профессиональные оценки риска в сфере здоровья приблизительны, поскольку, как уже упоминалось, факторы риска не являются причинами болезней.

Однако даже в том случае, когда индивид обращается за советом к экспертам, он не может рассматриваться как пассивный реципиент информации. Искажение в оценке риска выполняет важные функции. Согласно одной из гипотез, неоправданный оптимизм необходим для поддержания положительной самооценки и хорошего настроения, а также для устранения тревоги. Он является источником положительных эмоций. Оптимизм в отношении перспектив выздоровления позитивно влияет на поведение и самочувствие онкологических пациентов, а также больных с пересаженным сердцем.

Тенденция усреднения индивидуального риска, позволяющая тем самым «скрыться в толпе», также имеет совершенно явный защитный характер. Если человек чего-то боится, ему хочется думать, что окружающие чувствуют то же самое. Таковы эмоциональные и мотивационные факторы, способствующие поддержанию феномена неоправданного оптимизма.

Б. Фишхофф [154] описывает несколько основных закономерностей, связанных с субъективными оценками риска:

- субъективные оценки характеризуются меньшей дисперсией по сравнению со статистическими. Испытуемые недооценивают большие вероятности и переоценивают малые вероятности;
- «заметные», часто обсуждаемые в средствах массовой информации причины смерти или проблемы со здоровьем получают более высокие оценки риска;
- испытуемым достаточно трудно выразить оценку риска в словах, тем более, как этого требуют некоторые методики, определить ее в процентах.

ГЛАВА 6. ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ЗДОРОВЬЕ

В исследовании представлений о здоровье можно выделить два глобальных направления:

- изучение совокупности знаний о здоровье, имеющих у индивида или социальной группы, на предмет их соответствия научным концепциям;
- изучение личностных и социальных аспектов, определяющих образы здоровья в индивидуальном и общественном сознании.

6.1. Грамотность в области здоровья

Систематическая работа по предотвращению эпидемий показала очевидную связь *общей грамотности и здоровья*. Низкий образовательный уровень подавляющей части населения Российской империи (а в первые послереволюционные годы – и в СССР) был основной причиной детской смертности, травматизма и распространения инфекционных болезней. Приве-

дем примеры некоторых исследований и выводы, сделанные на основании полученных результатов:

1885–1899 гг. Исследование в Клинском уезде Московской губернии: грамотность матерей способствует выживанию детей на первом году жизни, а также более высокой вероятности доживания мальчиков до призывного возраста [100];

1924 г. Исследование в Донском округе Северо-Кавказского края: в семьях, где отцы были грамотными, регистрировалось меньше случаев брюшного тифа [100];

1924 г. Украина: среди грамотных людей уровень осведомленности о причинах наиболее опасных заболеваний был в два раза выше, чем среди неграмотных [25].

На рубеже XIX–XX в. санитарное просвещение стало основной задачей охраны общественного здоровья. Ее решение явилось одним из важных факторов, способствовавших запоздавшему началу демографической модернизации в царской России [25].

На состояние здоровья населения негативно влияло не только неумение читать, но и отсутствие элементарных знаний по биологии, химии и другим наукам. По мнению советского врача А.В. Молькова, отрицательную роль здесь сыграло настороженное отношение царских властей к преподаванию естествознания в школах. Именно изучение основ естествознания способно помочь человеку защититься от болезней и лишить их таких характеристик, как таинственность и неизбежность, поэтому в первые послереволюционные десятилетия проводилась активная работа по усилению естественнонаучной составляющей в школьном образовании и включению в различные учебные курсы элементарных знаний по социальной гигиене. Аналогичным образом развивалось и медицинское просвещение взрослых (параграф 6.3).

Может показаться, что повсеместный рост образовательного уровня в последующие десятилетия привел к росту грамотности в области здоровья, однако это не так. В 1980-е гг. наиболее уверенно респонденты отвечали на вопросы о собственном росте и весе; при этом они не знали, какие лекарственные препараты им противопоказаны (58 %), не могли сообщить о том, какие им делались прививки (59 %), не знали свою группу крови (25 %), не представляли, какую первую помощь нужно оказывать при поражениях электрическим током (40 %) [111].

Грамотность в области здоровья позволяет оценить степень осознанности самосохранительного поведения человека и эффективность деятельности социальных институтов [43].

Грамотность в области здоровья – это совокупность навыков и способностей человека, позволяющих ему находить, понимать и использовать информацию для поддержания хорошего здоровья. Показателями такой грамотности являются способность распознавать симптомы болезней, знание факторов риска и причин болезней, методов самопомощи и экстренной помощи, умение искать нужную информацию, знание принципов работы системы здравоохранения и методов ее использования [245].

Различные аспекты грамотности в области здоровья связаны между собой, поэтому недостаток знаний в одной сфере может быть компенсирован информацией из другой. Текущий уровень грамотности позволяет человеку не только использовать уже имеющуюся у него новую информацию, но и адаптивно вести себя в новых ситуациях [245].

В литературе советского периода информированность людей в области здоровья являлась составляющей санитарной культуры. Понятие «*санитарная культура*» включало в себя такие компоненты, как совокупная активность членов общества в области охраны здоровья, основанная на наличии у них соответствующих знаний, и объективные показатели окружающей среды, свидетельствующие об осознании необходимости заботы о здоровье.

Исследования грамотности в области здоровья проводили советские ученые Я. Н. Трахтман, И. С. Соколов, Л. О. Каневский, Л. П. Заболоцкая и др. В сферу их деятельности также входило изучение косвенных показателей санитарной культуры (поведение в сфере здоровья, использование медицинских услуг и состояние окружающей среды и т.д.).

Данные исследования способствовали рассмотрению проблемы грамотности в широком социальном контексте, однако они характеризуются сложностью измерения и интерпретации результатов. Например, рост числа людей, занимающихся спортом, или чистота жилых помещений необязательно являются примерами санитарной культуры, так как вполне могут быть вызваны другими факторами – стремлением к красоте, престижу и др. В последнем случае эти полезные для здоровья действия соприкасаются с рискованным поведением – на-

пример, можно тщательно поддерживать чистоту в квартире, но игнорировать другие рекомендации по защите здоровья.

К сожалению, с течением времени понятие санитарной культуры стало использоваться все реже. В результате этого социальный и исторический контексты формирования знаний о здоровье стали игнорироваться. В табл. 6.1 приводятся важнейшие критерии и способы оценки уровня санитарной культуры.

Таблица 6.1

Критерии оценки санитарной культуры

Критерий оценки	Частные показатели санитарной культуры	Способ оценки уровня
Состояние окружающей среды	Чистота улиц, жилых, рабочих и общественных помещений Уровень загрязнения воздуха Наличие зеленых насаждений Благоустройство населенных мест Наличие очистных и защитных сооружений	Наблюдение Изучение медицинской статистики Пробы и замеры
Отношение общества к вопросам сохранения здоровья и профилактики болезней	Социальная политика (законодательство и др.) Расходы на здравоохранение Социальная реклама, медицинское просвещение Частота обсуждения вопросов здоровья в средствах массовой информации Требования людей к организациям здравоохранения Обращаемость в медицинские учреждения	Изучение документации Опросы Контент-анализ содержания средств массовой информации
Поведение человека	Различные виды здорового поведения (соблюдение режима питания и др.) Благоустройство личного рабочего места и жилища Затраты на гигиенические нужды в структуре семейного бюджета	Наблюдение Опросы
Санитарная сознательность	Отношение к здоровью и профилактическим мероприятиям Общественная активность	Наблюдение Опросы

Взаимосвязь грамотности и здоровья опосредуется действием различных факторов: образованные люди активно ищут информацию о здоровье и уважают профессионалов (врачей), прислушиваются к их мнению, в целом больше доверяют науке.

Пациент хочет иметь дело с врачом, который для него... оказался бы личностью большего масштаба, чем он сам.
Г. И. Царегородцев [108]

Казалось бы, рост образовательного уровня населения во всем мире, большое количество источников информации о здоровье, более свободный об-

мен информацией должны способствовать снижению актуальности исследований грамотности в области здоровья, однако это не так. Т. Гринхальф и С. Уэсли считают, что резкое противодействие медицинским назначениям и процедурам свойственно именно образованным людям, умеющим искать необходимую информацию [167]. М. Грей говорит о «медицине постмодерна» как о культурном явлении, которое характеризуется недоверием к научным концепциям, склонностью спорить с профессионалами, большим вниманием к факторам риска, лучшим доступом к информации, причем необязательно высокого качества [165]. Получение дополнительной информации о здоровье служит не только целям самообразования, но и установлению контроля в процессе взаимодействия с врачом. Соответственно чем больше информации будет у пациента, тем, возможно, менее управляем он будет.

Повышение общей грамотности вовсе не означает более внимательного отношения к медицинским рекомендациям. Отметим, что причины многих хронических заболеваний до сих пор не выявлены, что зачастую ставит потребителя медицинских услуг перед дилеммой: какой источник информации предпочесть? Человек с хорошим образованием полагает, что является равноправным (с врачом) экспертом по вопросам охраны собственного здоровья. Например, согласно опубликованному в 1986 г. данным опроса Центрального научно-исследовательского института санитарного просвещения, лишь 14 % респондентов согласны с тем, что медицина располагает современными средствами предупреждения и лечения болезней [43].

Не вся информация о здоровье, распространяемая по многочисленным каналам, заслуживает доверия. Потребитель может также быть поставлен перед необходимостью выбора,

когда информация из разных источников противоречит друг другу. Ниже приводятся некоторые данные относительно наиболее привлекательных для респондентов источников информации по вопросам сохранения здоровья. Например, в проведенном Всесоюзным научно-исследовательским центром профилактической медицины Министерства здравоохранения СССР социологическом опросе (1990 г.) основными источниками информации о здоровье являлись средства массовой информации (63,2 %), научно-популярная литература (53,3 %) и межличностное общение (51,9 %). Однако на вопрос о том, «как каким источникам респонденты хотели бы иметь доступ?», они отвечали, что этот источник – врачи.

Согласно данным социологических опросов, проведенных в 1990-х гг., респонденты хотели бы получать более полную информацию о возможностях физического развития – 70 %, о свойствах лечебных трав – 67 %, о контрацептивах – 32 %, о венерических заболеваниях – 27 %.

Информация о здоровье, переданная СМИ, часто получает человека из вторых рук, в сообщениях других людей; при этом происходит постоянный отбор и переработка ее содержания, чтобы она лучше отвечала индивидуальным и социальным ценностям и стилю жизни [177].

6.2. История развития медицинского просвещения

Просвещение в сфере здоровья (медицинское, санитарное) является неотъемлемой частью общего просвещения – совокупности мер, направленных на повышение культурного уровня людей. О необходимости санитарного просвещения (а конкретно крестьян) говорил еще М. В. Ломоносов.

Задолго до появления медицинских книг, доступных для широкой публики, вопросы медицины начинают освещаться в периодической печати. Например, в журналах и газетах («Примечания» к Санкт-Петербургским ведомостям, «Ежемесячные сочинения, к пользе и увеселению служащие», «Деревенское зеркало») в XVIII в. публиковались статьи научно-популярного содержания, посвященные таким темам, как помощь людям при укусах бешеного животного, борьба с

Кто не делает противохолерной прививки и не соблюдает чистоту, тот ...вредит рабочему делу (Вестник агитации и пропаганды, 1921)

глистами, поддержание чистоты воздуха в помещении; в календарях развенчивались распространенные заблуждения в сфере здоровья. В XIX в. активную роль в санитарном просвещении играло Общество русских врачей в память Н.И. Пирогова.

После Октябрьской революции 1917 г. осуществлен переход к массовому санитарному просвещению; при этом речь шла не только о ликвидации элементарной санитарной неграмотности, но и о реализации политических целей (в период иностранной интервенции и гражданской войны 1918–1920 гг. аппарат санитарного просвещения был подчинен органам политического управления военно-санитарных учреждений).

Развитие системы здравоохранения привело к возложению основных функций санитарного просвещения на сотрудников лечебных учреждений, что сохранялось в течение всего существования советского государства.

Одна из первых классификаций методов медицинского просвещения была предложена А.В. Мольковым в 1920 г. Он выделил методы устной и письменной пропаганды, наглядные методы, метод драматизации и комбинированные методы.

Методы устной пропаганды (просвещения) включали в себя индивидуальные беседы (как правило, врача с пациентом), публичные лекции, выступления на митингах.

Методы письменной пропаганды предполагали вывешивание стенных газет, раздачу листовок, памяток, подготовку материалов в газетах и журналах (рис. 6.1). В эти годы начинает выходить большое количество научно-популярных изданий, где можно было в доступной форме получить информацию о сохранении здоровья; открываются «университеты» и «кружки» здоровья, предлагающие своим членам еженедельные занятия на актуальные темы.

Огромная роль принадлежала *наглядной агитации*. К методам наглядной агитации относились информация на плакатах (приложение 3), в музеях, а также постановка и демонстрация лабораторных опытов. В последнем случае слушатели на некоторое время превращались в естествоиспытателей – например, им предлагалось рассмотреть в микроскоп образцы крови и тканей тела, убедиться на практике в эффективности дезинфекционных камер как средства борьбы с паразитами и т.д.

ПРИНИМАЕТСЯ ПОДПИСКА
на
популярный медицинский двухнедельный журнал

ГИГИЕНА И ЗДОРОВЬЕ РАБОЧЕЙ СЕМЬИ

издаваемый „Ленингр. Правдой“
при участии известных специалистов медицинской науки.

ЦЕЛЬ ЖУРНАЛА: предупреждение болезней
и сохранение здоровья.

В журнале „Гигиена и здоровья рабочей семьи“ будут помещаться статьи по разным вопросам практической медицины, общей и личной гигиены, практические советы из опыта выраженных заболеваний и указания ипр.

читатели смогут пользоваться до прибытия номера. После того, в каждом номере будут помещаться подробные ответы на вопросы читателей.

Подписная цена на журнал:

<u>на июнь мес</u>	по индивидуальной подписке	30 коп. зол.
	„ коллективной	15 „ „

Редакция и контора: Ленинград, Социалистическая ул., д. № 14.
Принимает заказы редакции ежедневно от 7-9 час. вечера.

Подписка принимается также в «СЕВЕЧАТИ» (№ 25 Окт. 1) и во всех ее отделениях.

ОБЪЯВЛЕНИЯ.

Позади текста 1 стр. 100 руб. зол.	Впереди текста на 1-ой строк объявления на 20-е дорожке.
1/2 „ „ 50 „ „	Мелкие по 50 коп. за строку ислпарала.
1/4 „ „ 35 „ „	Спрос и предложения труда и врачебные по 30 коп. строка.
1/8 „ „ 20 „ „	
1/16 „ „ 10 „ „	

При многократных объявлениях **СКИДКА** по соглашению.

Рис. 6.1. Обложка журнала «Гигиена и здоровье рабочей семьи», 1924 г.

Драматические методы включали в себя постановку театральных спектаклей на медицинские темы («санитарные театры») и так называемые санитарные суды.

Для периода 1920–1930-х гг. это были уникальные формы работы. Любительские спектакли на злободневные темы и суды над общественными пороками или собирательными «порочными» образами всегда были популярны среди прогрессивно настроенной интеллигенции и студенчества [41]. В спектаклях «санитарных театров» отображались либо судьбы конкретных больных и врачей, либо метафорические образы болезни как воплощения зла, с которым следует бороться.

«Санитарные суды» могли быть как инсценированными, так и реальными (см. ниже).

В Омске состоялся суд над знахарем Соколовым, лечившим венерические болезни. Соколов – бывший омский мещанин, столяр по профессии, 65 лет от роду. Заседание суда происходило в цирке при громадном стечении публики. В качестве общественного обвинителя выступил заведующий санпросветом сектора санитарно-просветительной работы отдела здравоохранения Омской железной дороги врач Немцов. Из обвинительного акта обрисовались следующие подробности. Знахарь Соколов лечением занимается двенадцать лет. Лечит он преимущественно настоем золы в воде... Соколов был привлечен к следствию по жалобе нескольких граждан. Пациенты Соколова (шесть человек) были приглашены в качестве свидетелей. Представитель обвинения обрисовал задачи оздоровления труда и быта и отметил те трудности, которые возникают на культурно-оздоровительном фронте вследствие деятельности знахарей. Общественный обвинитель доказал беззащитную эксплуатацию Соколовым невежества и легковерия его пациентов. Указав на бесполезность средств (зола, уголь, масло, сера, воск и пр.), употреблявшихся Соколовым, он отметил косвенный вред, происходивший от позднего обращения больных к врачу после бесполезного курса лечения у Соколова, упомянув об опасности заразиться другой болезнью при отсутствии мер предосторожности на приемах у Соколова. Единственным недостатком суда был неудачный эксперт, мало импониравший собравшейся аудитории (выступления Соколова, поразительно невежественные, неоднократно прерывались аплодисментами его сторонников) [71].

Для психолога больший интерес представляет классификация методов *в зависимости от механизмов их воздействия на целевую аудиторию*. На данной основе выделяют следующие методы: информирующие, убеждающие, эмоциогенные, социального сравнения, социального осуждения. Часто в реальной практике они используются в сочетании друг с другом.

Информирующий метод предполагает обеспечение людей знаниями, необходимыми для сохранения здоровья. Для этого, например, используются плакаты, на которых показаны способы защиты от инфекций, или публикуются популярные статьи о физической культуре, рациональном питании и пр.

Убеждающие методы основаны на предоставлении человеку доказательств истинности и полезности медицинской информации. В частности, этой цели служили проводившиеся на некоторых лекциях лабораторные опыты или сообщение аудитории статистических данных.

Эмоциогенные методы нацелены на стимулирование безопасного поведения посредством формирования положитель-

ного отношения к медицинским рекомендациям либо за счет страха перед болезнью.

Метод социального сравнения направлен на формирование у целевой аудитории чувства общности. Соблюдая нормы здорового образа жизни, человек демонстрировал свою принадлежность к определенной социальной группе, чьи ценности он разделял. Метод социального сравнения ориентирован на демонстрацию определенных положительных социальных норм (как правило, без рассмотрения отрицательных примеров).

Метод социального осуждения означает преимущественное внимание к проблемам и недостаткам (в частности, санитарные театры и санитарные суды, обличающие моральные пороки). В 1950–1960-е гг. социальное осуждение стало проявляться в более тонкой форме. В публикациях этого времени предметами осуждения становятся низкий культурный уровень, упрямство людей, не выполняющих предписания врача, которые рассматриваются как индивидуально-психологическая проблема. Все более популярной становится идея личной ответственности индивида за свое физическое состояние.

6.3. Теоретические основы и современные тенденции развития медицинского просвещения

Важнейшей задачей коммуникации в сфере здоровья является создание благоприятной среды для усвоения и распространения информации. Для этого необходимо понимать потребности, убеждения, жизненный стиль представителей целевой аудитории.

Просвещение в сфере здоровья является частью общего процесса популяризации науки. Существуют два подхода к рассмотрению этого процесса: классическая модель (модель дефицита) и модель участия. Согласно **классической модели**, популярное знание рассматривается как облегченная и упрощенная версия научного знания, предназначенная для пассивной аудитории. Таким образом, сначала знание «добывается» (создается) учеными, а затем распространяется среди непрофессиональной публики.

В последние годы для медицины вопрос о том, что является наукой и кто должен контролировать научную практику, является особенно актуальным из-за появления большого коли-

чества альтернативных подходов к лечению и профилактике (целительство, религиозные практики, генная инженерия). Эту ситуацию отражает *модель участия*. Она основывается на положении о том, что наука – не единственный источник повседневного знания (более того, критерии научности в последние годы XX в. изменились). Сегодня необходим учет мнения публики, так как публика владеет важной информацией относительно практической эффективности науки. Исследователи популяризации науки подчеркивают, что публичное знание неоднородно. Это часть обширного набора практик, посредством которых общество продуцирует некие суждения относительно окружающего мира и находит средства решения социальных и моральных проблем. Таким образом, полученные знания могут использоваться людьми и с иными целями, чем те, которые представлял себе человек, распространяющий эти знания.

Приведем характерный пример. В 1956 г. в чрезвычайно популярном советском журнале «Здоровье» публикуется подготовленная известной писательницей М. Шагинян статья «Создай и сохрани свое здоровье». Ниже мы приводим выдержки из этой статьи и некоторые из многочисленных откликов на нее.

М. Шагинян (писательница):

Есть такая простая и драгоценная вещь, как опыт жизни. Он доступен каждому, кто научится наблюдать за собой, проверять свои наблюдения на других, накапливать выводы и создавать глубокие убеждения, на этих выводах основанные. ... Недаром существует выражение «искусство житья» и про некоторых людей принято говорить «они умеют жить». И далеко не всякий действительно «умеет жить», особенно смолоду. Вот почему, как мне кажется, откровенный обмен опытом жизни, рассказы о том, кто как бережет свое здоровье и творческую энергию, — при всем неизбежном индивидуализме человеческих опытов, — могут принести ... огромную пользу ... Прежде всего: не верьте плакатам и книжкам, начинающимся словами «береги здоровье» ... Тут заранее допускается наличие у вас здоровья, потому что беречь ведь можно только то, что уже имеешь. Мы отнюдь не появляемся на свет со стопроцентным здоровьем ... Как и все ценное, здоровье надо сперва создать для себя, а потом уже сохранять и беречь ... Лично мне помогало и помогает бороться и сбрасывать лишние килограммы, когда я начинаю ими обрастать ... не гимнастика, не спорт, не массаж, не воды, не диета, не курорты и рецепты, а интерес к жизни, который не всегда горит в человеке с одинаковой силой, временами способен потухать, временами гложет от нервной и физической усталости, но должен хотя бы тлеть под пеплом, чтобы его можно было раздуть.

Г. Н. Кассиль (врач):

Что касается медицинских проблем, то мне кажется, что решение их целесообразнее предоставить специалистам ... Давно уже назрела потребность со всей откровенностью поговорить о причинах, побуждающих многих умных, честных и образованных людей высказывать довольно спорные и не всегда соответствующие современному уровню знаний мысли по различным вопросам физиологии и практической медицины.

А.В. Вартанян (художник):

Прожив до 20 лет в Армении и очутившись затем на севере, я стал часто простуживаться, болеть, старался избегать сквозняков, кутался. А штурмовщина, «пожарная» работа по ночам, чтобы наверстать упущенное во время болезни, сделали свое дело. Не в 62 года, а в 30 лет я стал ощущать примерно то же, о чем пишет М. С. Шагинян. Однажды мне попалась на глаза книжка о «домашней гимнастике». Она меня заинтересовала, и я начал с дыхательной гимнастики и обтираний теплой водой. И вот теперь, спустя три года, принимаю уже холодные души, не боясь простуды.

Ф.А. Федоровский (председатель сельсовета):

М. С. Шагинян без всякого основания подвергнул сомнению полезность плакатов и брошюр, призывающих беречь здоровье. Иное дело, что авторы ... не всегда учитывают возросший культурный уровень нашего населения и повторяют всем известные истины [110].

Развернувшаяся по поводу письма М. Шагинян дискуссия на страницах журнала позволяет проиллюстрировать специфику популярного знания. Приведем примеры:

- автор вкладывает в заботу о здоровье личностный смысл и занимается самосовершенствованием не только тела, но и души;
- она придерживается оптимистических взглядов на возможность «создать здоровье»;
- она проявляет самостоятельность по отношению к медицинским рекомендациям и противопоставляет им свой богатый жизненный опыт.

Развитие новых технологий способствовало и развитию представлений о медицинском просвещении. Особую роль в распространении медицинской информации сегодня играет интернет. Л. Ньюхаузер и Г. Крепс для обозначения этой новой ситуации используют понятие e-Health (здесь – интернет-промоции здоровья). Они определяют его как использование новых информационных и коммуникационных технологий для улучшения здоровья населения и повышения эффективности работы системы здравоохранения. Такие стратегии могут включать в себя создание групп онлайн-поддержки для лю-

дей, ведущих здоровый образ жизни, поддержание контакта пациента с врачом при помощи электронных писем (например, напоминания о необходимости пройти обследование или сведения о трудностях, возникших в ходе выполнения рекомендаций врача), онлайн-консультации, онлайн-пропаганду безопасного поведения [203].

Многие авторы полагают, что пользователь глобальной сети по-другому рассматривает медицинскую информацию. Во-первых, он ее самостоятельно ищет на официальных и неофициальных сайтах. Во-вторых, он является не только читателем и посетителем сайтов, но и активным участником дискуссий на форумах и в социальных сетях. Таким образом, пользователь влияет на других людей и сам становится объектом такого воздействия. В-третьих, из-за обилия и противоречивости информации о здоровье, распространяемой в сети, повышаются требования к способности человека ее систематизировать и интерпретировать.

Однако у такой коммуникации имеются существенные ограничения. По последним данным, более 90 % опрошенных используют интернет для решения уже возникших проблем со здоровьем и лишь 13 % ищут информацию о профилактике заболеваний. К тому же существует проблема недостоверной информации, в том числе и на медицинских сайтах, где помимо научных статей можно встретить рекламу, мнение потребителей, популярную литературу, дискуссии. До сих пор онлайн коммуникации используются лишь для односторонней передачи информации, в то время как их принципиально интерактивный характер не применяется в целях медицинского просвещения [201].

В современном обществе информация о здоровье составляет значительную часть общего информационного потока. Медицинское просвещение способствует социализации индивида посредством формирования коллективных представлений о здоровье и связанных с ними поведенческих норм. Такие представления отличаются значительной устойчивостью и носят исторический характер.

6.4. Представления о здоровье

Задача медицинской грамотности – донести нужную информацию до аудитории в доступной форме. Распространение

мая посредством медицинского просвещения информация о здоровье трансформируется в социальные и индивидуальные представления.

Социальные представления – это мысли, идеи, образы и ценности, характерные для больших групп людей и формирующиеся в социальном взаимодействии. Работы К. Херцлих, опубликованные в 1973 г., положили начало исследованию социальных представлений о здоровье. Данные были получены ею с помощью метода глубинного интервью (опрошены 80 жителей Франции). Она показала, что респонденты считают важными характеристиками здоровья физическое благополучие, достаточность физических ресурсов, отсутствие усталости, психологическое благополучие, свободу движений, эффективность действий, хорошие отношения с другими людьми, ровное настроение.

Состояние здоровья (болезни) может быть описано на основе оппозиций «естественное – неестественное», «внутреннее – внешнее», «индивид – общество». Люди воспринимают болезнь в виде внешней угрозы (например, загрязнение воздуха, проживание в городах), и связанные с этим стрессы являются источниками болезней. Здоровье, по их мнению, черпается из какого-то внутреннего резервуара и связывается с такими качествами, как естественность (жизнь на природе), включенность человека в общество, активность. По мнению К. Херцлих, здоровье оценивается исходя из уровня трудоспособности. Хорошее здоровье – это то, что объединяет человека с другими людьми, болезнь – то, что делает его одиноким.

Результаты последних исследований в данной области показывают приоритеты, характерные для определенного человека. Были выделены следующие дефиниции: «не-болезнь», «хорошая физическая форма», «резерв», «социальное благополучие». Обнаружено, что женщины в большей степени, чем мужчины, имеют склонность к определению своего состояния в терминах межличностных отношений. Различные авторы пытаются обобщить полученные данные, выделив типичные определения здоровья:

- здоровье нужно понимать как отсутствие болезни или каких-то ее симптомов;

- здоровье – это благополучие;

- здоровье – это состояние, например, гармонии;

Ключевым положением подхода социальных репрезентаций является утверждение о том, что репрезентации не просто существуют в сознании индивида. Они действуют как фактор окружения. Следовательно, если, например, идея о некоторых позитивных последствиях курения постоянно возникает в разговорах среди подростков, эта коммуникация действует на них как материальная сила, она конструирует их реальность. *Х. Жоффе* [184]

– здоровье – наличие персональных ресурсов (предпосылок благополучия);

– здоровье – результат активности индивида;

– здоровье – это феномен социального функционирования.

Известный психолог К. Чемберлен продемонстрировал, что восприятие здоровья зависит от того, к какому социальному классу принадлежит человек. Чем ниже социальное положение, тем больше выражена склонность рассматривать здоровье как необходимое условие

работы. Люди с высоким статусом чаще всего определяют здоровье как условие разнообразного проведения досуга. Понимание хорошего здоровья как состояния подконтрольности физиологических функций субъекту особенно характерно для представителей средних и высших классов.

Ядро современных социальных репрезентаций здоровья составляют представления индивида о личной ответственности за качество здоровья и связи его болезни с внешними факторами (в некоторых случаях это предполагает воздействие «чужих» людей – представителей другой расы, социального класса, нетрадиционной сексуальной ориентации). Таким образом, здоровье соотносят с самодисциплиной, респектабельностью, отчетливой гражданской позицией, а болезнь – с их отсутствием. Быть здоровым – значит, быть хорошим человеком. Данное содержание социальных репрезентаций, по мнению Р. Кроуфорда, соответствует основным для современной западной культуры вопросам – вопросам контроля и получения удовольствия. Р. Кроуфорд полагает, что в современной западной культуре самость ассоциируется не только с контролем, но и с освобождением от контроля, удовольствием, развлечением, исполнением желаний [144].

И. Б. Бовина отмечает, что исследования на российской выборке показали склонность респондентов связывать здоровье с личным успехом и компетентностью, причем в качестве образцов здоровья они приводили успешных и влиятельных

людей. Исследование позволило ей выделить «ядерную зону» социальных представлений о здоровье, связанную с такими понятиями, как «сила», «спорт», «красота», «радость», «бодрость», «жизнь», и периферическую зону, включающую понятия «отсутствие болезни», «хорошее самочувствие», «настроение», «энергия», «активность». Представления о здоровье содержали позитивные социально-психологические характеристики. Кроме того, здоровье и болезнь не ассоциировались респондентами с психическим здоровьем и болезнью. Проведя через четыре года повторное исследование той же выборки, автор обнаружила значительную устойчивость оппозиции «сила – слабость» [10]. Дж. Робинсон в исследовании представлений о здоровье американских подростков показала, что привлекательный внешний вид у них составляет один из главных показателей здоровья [220]. Таким образом, если ранее типичным содержанием социальных репрезентаций в сфере здоровья были представления о неконтролируемости телесных процессов, то теперь их содержание сосредоточено вокруг идеи личного выбора.

Несмотря на то что социальные представления являются устойчивыми образованиями, для них характерна определенная динамика, связанная с необходимостью постоянного осмысления новых событий и новых угроз. И.Б. Бовина отмечает, что каждой эпохе соответствует «своя болезнь» (часто в форме эпидемии), которая служит основой формирования социальных представлений. В эпоху Средневековья такой болезнью была чума. Каждую новую эпидемию ассоциировали с ней. Чума стала основой социальных репрезентаций всех болезней, поскольку была связана с огромной коллективной угрозой. Эпидемии чумы сопровождались массовыми и скоротечными смертями. Никто не знал способов профилактики чумы, способов ее лечения. Ж. Ле Гофф полагает, что из-за эпидемий чумы в Средневековье утверждается идея о неразрывной связи болезни и неожиданной и свирепой смерти, от которой нет спасения. Можно предположить, что основным содержанием социальных репрезентаций болезни в то время были представления о неконтролируемости и непредсказуемости ее появления, о хрупкости человеческого тела и человеческой жизни. Чуме были посвящены многие художественные произведения.

В XIX в. сходное влияние на представление о здоровье и болезни оказал туберкулез. При этом если жертва чумы обез-

личена, то больной туберкулезом – это уже особый социальный персонаж («чахоточный»). И.Б. Бовина связывает это с тем, что туберкулез развивался длительно. Данная особенность позволяла сформировать образ больного в обществе. Туберкулез, как и чума, затрагивал всех членов общества, в том числе молодых и одаренных. Это способствовало широкому социальному обсуждению проблемы, выражению сочувствия и поддержки больным, а также стимулировало социальные движения по улучшению условий труда и быта.

В XX в. символом болезни и смерти стал рак.

Особый интерес представляет анализ процесса формирования социальных представлений о здоровье. Например, высказываются различные предположения об их источнике. Основоположник теории социальных представлений С. Московичи полагал, что основу здравого смысла составляет наука, «ставшая всеобщей». Его последователи (Х. Жоффе и др.) согласны с тем, что частицы современных научных знаний прослеживаются во всех идеях относительно здоровья. Другие авторы считают, что основой социальных представлений о здоровье могут являться и обыденные представления (например, о счастье, благополучии, совершенстве и т.д.).

По мнению Х. Жоффе, первый контакт человека с темой здоровья происходит либо с помощью средств массовых коммуникаций, либо в процессе бесед с другими людьми, которые обсуждают сообщения СМИ. Однако такая информация о здоровье не является научной в полном смысле этого слова. Она часто носит сенсационный и намеренно противоречивый характер для при-

влечения к ней читателя, поддержания его интереса. Распространяемая средствами массовых коммуникаций информация насыщается идеями и ценностями современной культуры – получает моральную оценку. Однако на этом процесс трансформации научного знания не заканчивается, поскольку получатель информации также ее преобразует.

Как указывают Д. Ходжетс с соавторами, эффект медиа-воздействий нарастает посте-

То, что называется здравым смыслом, предстает перед нами в двух формах. Во-первых, как совокупность знаний, спонтанно созданной членами группы и основанная на традиции и консенсусе. ...Во-вторых, как сумма мысленных образов и связей научного происхождения, потребляемых и преобразуемых для того, чтобы служить нуждам повседневной жизни. *С. Московичи, М. Хьюстон [72]*

пенно (по аналогии с эхом). Для понимания процесса распространения информации они предлагают использовать *концепцию медиации*, разработанную Р. Силверстоуном. Авторы подчеркивают, что индивиды не являются пассивными реципиентами информации, презентуемой в СМИ, поскольку часто получают эту информацию «из вторых рук», в пересказах. Постепенно сообщения, транслированные СМИ, начинают жить своей жизнью. С одной стороны, влияние СМИ тотально, с другой – ее представители по-разному отбирают, интерпретируют и используют эту информацию. Таким образом, в этой концепции разграничиваются общение лицом к лицу и медиакommunikация.

Медиация – это диалектический процесс, в котором институционализированные средства коммуникации вовлечены в общую циркуляцию символов. Посредством процесса медиации человек вступает во взаимодействие с более широким социальным миром, вовлекается в публичные нарративы, репрезентации или дискурсы, используемые для конструирования понятия здоровья и связанных с ним практик [237]. При этом усвоение информации происходит в определенной среде, уже насыщенной социальными нормами и ценностями.

Для исследования процесса усвоения информации, полученной из СМИ, авторы предлагают использовать этнографические методы, т.е. изучать распространение информации в повседневной жизни людей. Имеются сообщения о результатах подобных исследований в Англии и Новой Зеландии. Большая часть респондентов рассматривает СМИ как заслуживающий доверия источник, позволяющий ставить перед собой некие цели и осмысливать свое состояние. С помощью средств массовых коммуникаций конструируется репертуар практик, характерных для группы людей, вовлеченных в совместную деятельность (посещающих фитнес-центр, психотерапевтическую группу и др.). В процессе осуществления этих практик формируются экспертные оценки, конструируется смысл какого-то состояния или действия, устанавливаются социальные отношения. Авторы приходят к выводу, что роль СМИ заключается не во влиянии извне, а в том, что все члены данного сообщества вовлечены в процесс медиации, т.е. выступают их внутренними агентами [237].

По мнению С. Московичи, Х. Жоффе и др., отличием теории социальных репрезентаций от когнитивного подхода является тот факт, что общество предоставляет индивиду не

столько информацию, сколько средства понимания и смыслы (символы) [72; 183]. У. Флик обращает внимание на важность сопоставления репрезентаций, характерных для представителей различных групп населения (т. е. на изучении «социального распределения репрезентаций»). В том числе необходимо учитывать различие профессиональных социальных репрезентаций и социальных репрезентаций у представителей целевых групп. В свою очередь Ховарт с соавторами отмечают, что различия в социальных репрезентациях отражают не столько различия в образовательном уровне, сколько различия в целях и ценностях, жизненных стратегиях и способах взаимодействия с другими людьми. Социальные репрезентации являются частью социальных практик, в том числе и стигматизирующего характера (стигматизация происходит по критерию наличия болезни) [155; 178].

В зависимости от степени согласованности выделяют главные эмансипированные и полемические социальные представления. *Главные социальные представления* разделяются всеми членами группы, *эмансипированные* – членами определенной подгруппы, *полемические* вырабатываются при наличии противоречивых мнений по какому-то вопросу (в ситуации социального конфликта).

Основная критика в адрес теории социальных репрезентаций заключается в недостаточной определенности, размытости данной теории как в плане содержания (какие репрезентации относятся к социальным), так и в плане ее изучения (например, как подобрать выборку для исследования).

Существующие на социальном уровне представления о здоровье исследуются и вне рамок концепции социальных репрезентаций. А.Ш. Тхостов утверждает, что процесс познания человеком своего физического состояния заключается не только в анализе интроцептивных сигналов, но и в соотношении полученных результатов с укорененными в данной культуре *мифами здоровья и болезни*. Эти мифы сосуществуют с научными представлениями и даже имитируют их (например, миф об инфекциях, миф о повышении иммунитета). Функция мифа заключается в уменьшении чувства тревоги и обеспечении человека сведениями о путях сохранения здоровья. Миф не может быть вытеснен научными взглядами, поскольку он является продуктом не архаического, а обыденного мышления, т.е. это форма жизненного, эмоционального отношения к окружающему (в мифе всегда содержатся некая истина и ру-

ководство к действию). Если в мифе болезни необходимым является наличие первичного означающего – телесного ощущения, то в случае коллективных представлений о здоровье индивидуальное означающее отсутствует, так как телесный опыт индивида означает не физиологический процесс, а эффект, порожденный потребностью в объективации телесности. Современный медицинский дискурс здоровья А.Ш. Тхостов определяет как *ипохондрический*. Этот дискурс включает в себя «отдельные идеи и страхи, призванные в каждый узловой момент поставить индивида под медицинский взгляд».

Информационными метасистемами, формирующими ипохондрический дискурс, являются:

- 1) медицинское просвещение;
- 2) оздоровительные практики мистического (эзотерического характера);
- 3) рекламные тексты и образы.

Содержание информации, распространяемой посредством медицинского просвещения, пронизано идеями профилактики и предупреждения, а основным мифологическим сюжетом является история нарушений врачебных рекомендаций и кары за это. Сообщения по поводу оздоровительных практик мистического характера базируются на модели контроля и управления телесными событиями. Предлагается какой-то способ сохранения здоровья, который решит сразу все проблемы индивида. Человек, однако, должен *постоянно* стремиться к сохранению здоровья. Ипохондрический дискурс, реализуемый в рекламных текстах, основан на представлении о том, что, воздействуя на собственное тело, индивид получает возможность воздействовать на свое окружение [101, 102].

Б. Тернер отмечает, что существование в обществе конкурирующих концепций здоровья отражает социальные и культурные различия. Наличие конкуренции Тернер объясняет связью концепций здоровья с моральными концепциями, а также тем, что публика всегда стремилась к выработке альтернативных моделей здоровья. Он предполагает, что все концепции здоровья могут быть охарактеризованы на основе двух оппозиций: сакральное – профанное и индивидуальное – коллективное. Тернер также считает, что имеет смысл говорить скорее не об истории концепций здоровья, а об исторической концептуализации состояний благополучия и страдания.

Сакральное – профанное (светское, секулярное) ***в концепциях здоровья***. Понятия здоровья и болезни в премено-

дернистских обществах были основаны на концепциях религиозной чистоты, табу и греха. В процессе модернизации произошел переход к светской парадигме, в результате чего проблема достижения благополучия была включена в научный дискурс, разграничены понятия психического и соматического здоровья, ослабело влияние «традиционных целителей». Интересно, что при этом не была утрачена связь медицинской парадигмы здоровья с моралью, т.е. сохранилась и даже усилилась тенденция обвинения людей в возникших у них заболеваниях.

Индивидуальное (коллективное) в концепциях здоровья. В XIX в. в социуме все сильнее осознаются необходимость защиты общественного здоровья, что было связано с демонстрацией учеными и социальными активистами связи болезней и бедности, а также с депривацией потребностей рабочего класса, ростом городов и загрязнением окружающей среды (коллективное понимание). Индивидуальное понимание здоровья соединяло катастрофическое состояние общественного здоровья с соблюдением требований личной гигиены [238].

Несмотря на наличие конкурирующих концепций здоровья, сегодня мы можем говорить о сильной тенденции (по крайней мере в западных обществах) к доминированию индивидуалистической и одновременно светской концепции здоровья. Шведер с соавторами выделили семь онтологий (систем понимания) здоровья: биомедицинскую, межличностную, социополитическую, психологическую, астрофизическую, экологическую и моральную. Они считают, что моральный дискурс здоровья является доминирующим во многих современных обществах, хотя при этом он может основываться на различных ключевых идеях:

- автономии, связи здоровья с собственными усилиями человека;
- долга перед сообществом и семьей;
- здоровья как проявления божественной воли и естественного порядка вещей [173].

ГЛАВА 7. ЛИЧНОСТЬ И ЗДОРОВЬЕ

Замечания о влиянии психологических характеристик человека на его здоровье встречаются уже в античных текстах, однако систематические исследования этого феномена нача-

лись в XIX в. с возникновением клинической психологии и, в частности, такого ее направления, как психоанализ. Тема влияния личностных характеристик на здоровье является одной из наиболее противоречивых и дискуссионных как в психосоматике, так и в психологии здоровья.

Рассмотрим концепции прямого и косвенного влияния личности на здоровье.

1. Концепции прямого влияния:

- вытеснение в бессознательное стрессовых состояний или активация архаических защитных механизмов (концепция истерической конверсии, концепция регрессии). В таком случае бессознательное выступает как аналог физиологического (психоанализ);

- изменение (модулирование) эмоциональных состояний либо реакции стресса (теория психосоматической специфичности Ф. Александера, концепции жизнестойкости, концепции согласованности). На сегодняшний день теоретической основой подобных объяснений является психонейроиммунология.

Несмотря на широкое распространение данных концепций, до сих пор сложно подтвердить их эмпирически. Р. Контрада и другие считают, что эмпирические исследования прямого влияния личности на болезнь связаны с существенными методологическими ограничениями и затруднениями [140].

Можно выделить следующие методологические ограничения и затруднения эмпирических исследований влияния личности на болезнь:

- личность рассматривается как статичная (и индивидуальная) переменная, часто не учитываются история ее развития, возрастные и социальные характеристики;

- заболевание также оценивается как статичное состояние, а не как процесс (часто не уточняются его разновидности);

- не всегда удается установить точное время начала заболевания и его проявления на ранних стадиях болезни;

- сложная природа болезней, не дающая возможности выделить единую причину их возникновения на данный момент;

- преобладание корреляционных исследований, поскольку строгие экспериментальные исследования невозможны по техническим и моральным соображениям.

Существуют три основных угрозы валидности в исследованиях взаимосвязи личности и болезни: 1) физические изменения предшествуют личностным (их сложно проконтролировать в срезовых исследованиях); 2) невозможность ис-

пользования одинаково интенсивных диагностических процедур для контрольных и экспериментальных групп; 3) неотделимость влияния личности от влияния поведения.

2. *Концепции косвенного влияния:*

- через поведение;
- через изменение отношения к здоровью;
- через изменение частоты стрессовых ситуаций либо через модификацию реакции на них.

3. *Концепции множественного влияния отмечают* наличие сложного сочетания личностных факторов здоровья, объединяющих поведенческие, эмоциональные, мотивационные, генетические и другие особенности человека [140; 156].

При изучении влияния личности на здоровье необходимо учитывать, какой именно смысл вкладывается различными исследователями в понятие личности. Речь может идти о личностных типах, или «профилях», об отдельных характеристиках, или чертах (тревожность, враждебность, эмоциональная устойчивость), или же об отдельных сферах личности (когнитивная, мотивационная и др.).

А. Фернхейм и П. Хейвен отмечают, что сама связь личности и здоровья может рассматриваться как специфическая (характерная для людей с определенными чертами) либо как неспецифическая (психологические факторы, влияющие на здоровье, общие для различных людей) [103].

В схематическом виде приведенные выше соображения отражены на рис. 7.1.

Как уже было указано, многие концепции прямого влияния личности на здоровье связаны с достижениями современной психонейроиммунологии.



Рис. 7.1. Подходы к объяснению взаимосвязи личности и здоровья

Психонейроиммунология – междисциплинарная область знания, предметом исследования которой является влияние процессов в нервной системе на работу иммунной системы.

Влияние мозговых процессов на работу иммунной системы доказывают следующие результаты эмпирических исследований:

- *удаление или разрушение отдельных участков головного мозга изменяет иммунный статус организма.* Наиболее тесными являются связи иммунной системы с гипоталамусом и лимбической системой. Различные отделы гипоталамуса скорее всего осуществляют в этой сфере особые функции. Так, повреждение передней области гипоталамуса приводит к снижению активности лейкоцитов, а повреждение заднего гипоталамуса и гиппокампа – к ее повышению;

- *наличие гуморальных связей между органами иммунной системы и другими органами.* Данные связи проявляются следующим образом: лимфоциты имеют на своей поверхности рецепторы, чувствительные к нейротрансмиттерам и гормонам, т.е. к веществам, которые в большом количестве выделяются структурами головного мозга. Более того, интерлейкин и интерферон, выделяемые лимфоцитами, влияют на нейроэндокринную систему и состояние нейронов головного мозга;

- *помимо гуморальных связей головной мозг и иммунную систему связывает вегетативная нервная система.* Например, в процессе активизации симпатического отдела нервной системы задействованы головной мозг, вилочковая железа, селезенка и лимфатические узлы – органы, обеспечивающие работу иммунной системы [136].

- *связь мозга и иммунной системы доказывается также изменением параметров работы иммунной системы под влиянием стресса.* Такого рода исследования можно условно разделить на два типа: лабораторные эксперименты (ученые вызывают у человека или животного состояние стресса и затем изучают реакции иммунной системы: например, у крыс наблюдается подавление функций иммунной системы под влиянием электрического шока, которого было невозможно избежать) [142] и наблюдения за людьми в состоянии стресса [241], как правило, демонстрируют кратковременные изменения в работе иммунной системы, однако лабильность таких показателей еще не может являться доказательством того, что у человека возникнет заболевание, соответствующее характеру этих изменений. Убедительных данных о том, что именно

стресс провоцирует рост раковой опухоли, не имеется. Недавние открытия в области иммунологии показывают, что условия работы иммунной системы должны изменяться постоянно по мере адаптации человека к стрессу вместе с изменениями параметров функционирования головного мозга. Важным для психонейроиммунологии является анализ отдаленных последствий негативных переживаний. Например, выявлено, что люди, длительное время ухаживающие за своими близкими, страдающими деменцией, имеют худший иммунный статус, нежели испытуемые из контрольной группы [140, 227].

7.1. Концепции личностных профилей и личностных типов

В психосоматической медицине постулировалось прямое влияние личности на болезнь. Наиболее типичным отражением такого подхода является концепция личностных профилей, разработанная Ф. Данбар. Она предположила, что люди, обладающие определенным набором личностных характеристик, имеют специфическую уязвимость к заболеваниям. Ею приводятся характеристики индивидов, которые часто становятся жертвами несчастных случаев: *«импульсивные, ведущие неупорядоченный образ жизни, любящие приключения... которые живут одним моментом, а не для будущего, поддаются любому спонтанному порыву, не контролируют свою агрессивность в отношении других людей, особенно пользующихся авторитетом. При этом они проявляют тенденцию к самонаказанию, исходящую из неосознанного чувства вины»*. Данбар и другие ученые проводили многочисленные исследования по изучению личностных типов больных язвенной, ишемической, гипертонической болезнями. Было обнаружено наличие определенного сходства личностных характеристик у больных с различными диагнозами. Хотя Данбар и не удалось в полной мере эмпирически подтвердить каузальный характер связи между личностными профилями и развитием болезни, идеи, выдвинутые ею, приобрели достаточно большую популярность во второй половине XX в., причем не только среди сторонников психоанализа. В частности, были описаны личностные типы *A, B, C, D*. Заметим, что и понятие личностного профиля, и понятие личностного типа не являются в полной

мере общепринятыми в психологии. Вопрос о том, можно ли их рассматривать как варианты аномальных характеров, остается открытым.

Поведенческие типы А и В

Кардиологи Г. Фридман и Р. Розенман занимались выявлением факторов развития ишемической болезни сердца. В ходе своих исследований они пришли к выводу о том, что данную патологию невозможно объяснить действием одних лишь биологических детерминант. Ученые разработали стандартизованное интервью, состоящее из 25 вопросов, содержание которых имело отношение к коронарной личности. В ходе интервью Фридман и Розенман обнаружили людей с особым набором установок и поведенческих реакций. Их поведение они обозначили как *поведение типа А* (далее ПТА). Поведение типа А включает в себя выраженное стремление к достижению успехов, склонность к соперничеству, нетерпеливость, враждебность, быстрый темп речи, оживленную манеру жестикуляции.

Испытуемые, не обладающие перечисленными особенностями, были отнесены к *поведенческому типу В*. Главными характеристиками поведенческого типа В являются способность разумно чередовать работу и отдых, эмоциональная уравновешенность, расслабленность, неторопливость, неспешность речи и жестикуляции.

При формулировке основных понятий авторы стремились максимально дистанцироваться как от психодинамического подхода, так и от психологии вообще, однако впоследствии они подвергались именно психологическим интерпретациям. Фридман и Розенман обследовали 3500 здоровых людей, наблюдали за состоянием здоровья группы в течение восьми с половиной лет и доказали, что испытуемые, которым было присуще поведение типа А, в два раза чаще страдали от заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Исследования других ученых, проводившиеся для того, чтобы подтвердить положения Фридмана и Розенмана, обычно основывались на предположениях о наличии высокой мотивации достижения у больных кардиологического профиля и их склонности к соревнованию. Это позволяло рассматривать таких пациентов как типичных руководителей или карьеристов. Действительно, люди с поведением типа А стремятся со-

хранить за собой лидерство даже тогда, когда их партнер способен лучше справиться с задачей. Модель «неконтролируемости» Д. Гласса описывает именно эту особенность мотивации. Гласс утверждает, что люди типа А особо восприимчивы к стрессорам, свидетельствующим о потере контроля над окружением или об ограничении личной свободы.

Отдельные психологи причиной возникновения поведения типа А считают особые свойства самооценки. Люди полагают, что их высокая самооценка нуждается в постоянном подтверждении – следовательно, и жизнь представляет собой непрерывный процесс соревнования. Это суждение проявляется в завышенных требованиях к себе, чтобы соответствовать им; подобные люди очень активны. Личность типа А, согласно данной модели, постоянно испытывает тревогу, поскольку никакие, даже самые выдающиеся, успехи не могут позволить ей «почивать на лаврах» [140].

Помимо постоянной тревоги за результаты действий к негативным особенностям высокой мотивации достижения можно отнести устремленность индивида к значимым для него целям в ущерб собственному благополучию. Это приводит к тому, что люди с поведением типа А не в состоянии вовремя заметить угрожающие симптомы сердечного приступа и слишком поздно обращаются к врачу. Конечно, могут быть случаи, когда заболевание вплоть до проявления инфаркта миокарда протекает без четких симптомов. Тем не менее на большой выборке испытуемых было показано, что в периоде, предшествующем инфаркту, можно отметить ряд неспецифических сигнальных ощущений: усталость, недостаток активности, расстройства сна, страхи, ощущение, что человек заболевает, другие изменения эмоциональной сферы. Возможно, беда лиц с поведением типа А заключается в том, что они неспособны вовремя остановиться и отдохнуть. Их поведение значительно отличается от поведения лиц типа В (которое характеризуется спокойствием, расслабленностью). Стремясь к внешним по отношению к «Я» целям (пусть даже эти цели и похвальные), лица с ПТА не всегда замечают, что они находясь в состоянии стресса, что им необходимо отдохнуть или даже обратиться к врачу [18; 129; 140].

Следует ли считать, что лица с сердечными заболеваниями подвергаются стрессу чаще, чем здоровые люди или другие

категории больных? Каждый из нас, взаимодействуя с ситуацией, изменяя ее своим поведением и отношением к ней, может служить источником стрессов для себя самого. Если, например, человек с поведением типа А чрезмерно пунктуален, то он будет переживать как неудачу даже незначительное опоздание (свое или чужое); если человек враждебно настроен по отношению к окружающему миру, он обречен на конфликты с другими людьми и, следовательно, на частое переживание стресса. Все мы сталкиваемся с трудностями, но у каждого из нас эти трудности уникальны. На «коронарные» личности влияют не все стрессоры, а только те, которые затрагивают их важные цели и ценности. Поэтому со всей очевидностью можно утверждать, что конструкт «поведение типа А», который наиболее часто используется для объяснения того, как психологические факторы могут спровоцировать сердечное заболевание, подтверждает теорию стресса.

В период стресса индивиды с поведением типа А отличаются высокой активностью симпатической нервной системы и интенсивной секрецией катехоламинов, что может привести к опасным нарушениям сердечной деятельности, поскольку: 1) катехоламины способствуют повышению частоты сердечных сокращений, сужению сосудов, затрудняют работу сердца и приводят к повреждению стенок сосудов, а следовательно, и к атеросклеротическим отложениям; 2) изменение уровня катехоламинов в крови вызывает колебания тонуса сосудов, что снижает их эластичность. Для того чтобы справиться с постоянными стрессами и внутренним напряжением, люди с поведением типа А часто используют не вполне адекватные методы, пытаются снять стресс алкоголем, курением, с помощью еды (увеличивая таким образом риск заболевания) [129].

Переживание стресса в значительной степени зависит от поведения человека, его усилий по преодолению данного состояния. Активный поведенческий копинг связан с возбуждением симпатической нервной системы (о роли его мы упоминали выше). Во время проведения исследований именно такая реакция характерна для лица с ПТА. Поставленная сложная экспериментальная задача, требующая приложения усилий (вариант матриц Равена), показывает, что стимуляция поведения типа А приводит к избыточной реакции сердечной системы [140].

Первоначально Фридман и Розенман полагали, что поведение типа А представляет собой достаточно монолитный конструкт, все элементы которого одинаково важны. Однако дальнейшие работы в этой области показали, что наиболее значимыми с точки зрения этиологии компонентами поведения типа А являются враждебность и гиперреактивность симпатической нервной системы (которая в настоящее время считается врожденной).

Враждебность оказалась присущей не только индивидуумам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, но и с атеросклерозом. Даже для лиц, которым не свойственно поведение типа А, наличие враждебности коррелирует с кардиопатологией. Следует отметить, что враждебность трудно измерять, опираясь на самоотчеты испытуемых. В одном из исследований связь между враждебностью и наличием сердечного заболевания была получена при помощи оценок, которые давали испытуемым их партнеры по браку. Гиперреактивность симпатической нервной системы в интервью Фридмана и Розенмана определялась на основе таких признаков, как оживленная жестикуляция, неусидчивость, быстрая речь с взрывными интонациями.

Несмотря на то что враждебность и гиперреактивность симпатической нервной системы являются независимыми факторами риска по отношению к сердечно-сосудистым заболеваниям, их все же можно связать и с описанными выше теориями поведения типа А (потеря контроля, высокая мотивация достижения и др.). Враждебность, а также стресс могут проявляться в ситуации, когда личность сталкивается с препятствиями на пути к достижению своей цели. Кроме того, враждебность бывает культурно обусловленной и даже частично социально одобряемой. Поэтому и стремление к соревнованию, враждебность по отношению к потенциальному обидчику, постоянное желание достичь все новых и новых рубежей могут рассматриваться некоторыми людьми как необходимые условия выживания, но, занимая такую позицию, индивид сталкивается с проблемой разграничения тех жизненных обстоятельств, которые нужно активно преодолевать, и тех, к которым следует приспособиться [140].

В качестве метода коррекции поведения типа А некоторые специалисты предлагают когнитивно-бихевиоральный тренинг. Однако, как указывает Фридман, имеются данные о том, что ПТА является в большей степени предиктором высокого

риска первого, нежели последующего инфаркта, поэтому его коррекция у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями необязательно будет способствовать снижению смертности [129; 134].

Со времени опубликования первых работ Фридмана и Розенмана неоднократно предпринимались попытки теоретического осмысления конструктов поведения типа А и Б. Например, российский психолог Н.А. Митрухина приходит к выводу о том, что данные типы поведения можно рассматривать как характеристики стиля жизни, в формировании которых играют роль как личностные, так и социальные факторы. Сопоставляя эти два типа, автор обнаружила не только поведенческие различия, но и различия в социальной перцепции, предпочитаемых копинг-стратегиях и представлениях об идеальном человеке. Например, уровень самооотношения у людей с поведением типа А и поведением типа Б существенно не отличается, но представители данных типов используют различные механизмы для его поддержания. Люди с поведением типа А демонстрируют лучшую социальную адаптацию за счет использования механизмов конкуренции, в то время как люди с поведением типа Б отличаются лучшей личностной адаптацией. Люди с ПТА в качестве идеала выбирают представителей своего же личностного типа; при этом они предвзято и избирательно относятся к людям с характеристикой ПТБ, поэтому, как считает Н.А. Митрушина, в ходе психологической коррекции нецелесообразно пытаться стимулировать у таких людей поведение типа Б [68].

Диагностика поведения типа А. Фридман и Розенман предлагали, что лучшим способом диагностики ПТА является наблюдение за клиентом во время интервью, поскольку данный конструкт включает в себя большое число невербальных и неосознаваемых физиологических компонентов, особенно в случаях проявления враждебности. Однако такой метод оценки является достаточно сложным и с точки зрения процедуры измерения, и с точки зрения интерпретации данных. Чаще всего рассматриваются отдельные компоненты поведения типа А – например, «враждебность». Ниже предлагаются некоторые пункты опросника Дженкинса, используемые в диагностике поведения типа А.

– Одни люди живут спокойной, размеренной жизнью. Жизнь других часто наполнена неожиданностями, неопределенными обстоятельствами

и осложнениями. Как часто Вам приходится сталкиваться с такого рода крупными и мелкими событиями?

– Как часто вы делаете несколько дел одновременно – например, работаете и едите?

– Когда Вы находитесь в группе, другие ожидают от Вас, что Вы будете руководить?

Психологическая коррекция поведения типа А (клинический пример)

Сорокатрехлетний научный работник был направлен в психологическую службу после недавнего инфаркта миокарда. Он женат, у него трое детей-подростков. Доктор Х руководит кафедрой математики в университете и мечтает возглавить аналогичную кафедру в более крупном учебном заведении. Он самый молодой профессор в своем университете. Во время интервью его жена подчеркивала страсть мужа к разного рода соревнованиям: он увлеченно играет в сквош, «гоняет» на велосипеде, а когда ему не с кем потягаться в скорости езды, он, кажется, готов соревноваться сам с собой. Играл во все игры с их маленькими детьми и никогда не позволял одержать над собой верх, считая, что тем самым воспитывает у детей характер. Во время интервью доктор Х постоянно смотрит на часы, выглядит нетерпеливым, раздраженным, себя описывает как человека энергичного, энтузиаста, подчеркивает, что не выносит медлительных людей.

Перед началом психологической интервенции была произведена оценка поведенческого типа при помощи видеозаписи интервью, опросников тревожности, враждебности и нейротизма. Получены данные о высоком уровне враждебности, нетерпеливости, склонности к соревнованию, высоком уровне нейротизма и клинически значимой тревоге.

Затем пациент был включен в психотерапевтическую группу (10 сеансов по 30 минут). Тематика групповых занятий была следующей:

- поведение типа А, его связь с заболеваниями сердечно-сосудистой системы;
- самооценка и коррекция неадаптивных когний;
- управление тревогой;
- контроль гнева (включая тренинг ассертивности);
- обучение различным техникам релаксации.

В каждой из сессий указанные темы разбирались на конкретных примерах, и каждая из них заканчивалась двадцатиминутной релаксацией.

Пациент отметил значительное улучшение своего состояния – в частности, он признал, что групповые занятия помогли ему приобрести новые способы справляться с фрустрацией [134].

Основными *недостатками концепции* поведения типа А являются:

- недостаточная психологическая обоснованность самого конструкта «поведенческий тип», а также отсутствие обоснования взаимосвязи его компонентов;
- слабая конструктивная валидность, отсутствие прямых указаний на то, как поведение типа А связано с другими психологическими концепциями;
- неоднозначность эмпирических данных о взаимосвязи поведения типа А и здоровья;
- невозможность подтверждения совместного влияния компонентов поведения типа А на работу сердечно-сосудистой системы;
- неразработанность оппозиционного типа (поведения типа В), отсутствие описаний его влияния на здоровье.

Поведенческий тип С

В 80-е гг. XX в. были опубликованы результаты исследований Морриса и Грира, которые показали, что виды реакции на стресс у онкологических больных разительно отличаются от результатов подобных исследований у лиц с поведением типа А, описанных Фридманом и Розенманом.

Назывались следующие особенности:

- депрессия;
- выученная беспомощность;
- недостаточная эмоциональная экспрессивность;
- подавление негативных эмоций;
- отсутствие социальной поддержки (Контрад и др., 1990).

Шекеле с соавторами (1981) доказали, что острый приступ депрессии, отмеченный у испытуемых, когда они были студентами-медиками, увеличивал риск умереть от рака через 17 лет [140].

Выученная беспомощность как реакция на жизненные события, по данным проспективного исследования, проведенного в Югославии в 1982 г., также предопределяет развитие онкологии. Предположительно, что этот компонент ПТС в большей степени связан с раком, чем депрессия. Однако по-

нятие выученной беспомощности нуждается в дополнительном уточнении [140].

Врач Дж. Эйнджел полагает, что потеря объекта (имеется в виду психоаналитическое понимание этого термина) вызывает у человека состояние выученной беспомощности, характеризуется депрессивным фоном настроения [18].

Авторы психосоматических теорий, опирающиеся на постулаты М. Селигмана и начинающие описывать механизмы влияния выученной беспомощности на состояние здоровья, обращаются к физиологическим аспектам негативных эмоций. Вообще, на наш взгляд, практически все теории стресса, критических жизненных событий и утрат являются продолжением физиологических теорий эмоций в психосоматике, поскольку аффекты горя, гнева, печали являются в них как бы «конечным пунктом», «последней остановкой» перед началом заболевания. Они «запускают» патологический процесс. Отличаются эти теории лишь тем, какой фактор вызывает негативную эмоцию.

Больные раком имеют меньшее количество психопатологических симптомов, им свойственно «держат свой гнев внутри», они страдают недостаточной эмоциональной экспрессивностью. Пациенты, которые бурно реагируют на постановку тяжелого диагноза, пытаются бороться с болезнью, имеют большую продолжительность жизни. Эти данные являются одним из аргументов в пользу необходимости сообщать онкологическим пациентам их диагноз.

Исследование связи между эмоциями и раком наталкивает на ряд серьезных проблем. Прежде всего это касается методов изучения эмоциональной экспрессии, которую мы можем измерять лишь с помощью самоотчетов испытуемых, опросников, проективных тестов и данных наблюдения.

Индивиды, которые избегают негативных эмоций, могут интерпретировать свои необычные ощущения (которые являются сигналами развивающейся болезни) как ощущения, обусловленные рядовыми причинами. Так, опрос женщин, страдающих раком, показал, что первое время они считали свои симптомы следствием стресса или естественными проявлениями старения. Поскольку визит к врачу обычно связан с негативными эмоциями, то личности с поведением типа С могут опоздать с лечением [140].

Обнаружив, что больные выражают свои эмоции, мы не можем сказать, почему и с помощью каких механизмов они это делают. Трудно понять, отличается ли (в физиологическом плане) бессознательное подавление эмоции от ее осознанного сдерживания, невыражение – от непереживания.

При исследовании эмоционального состояния чаще всего используются самоотчеты либо опросники, разработанные с целью измерения какой-либо одной эмоции (т.е. направленность которых очевидна для испытуемых). Собранные таким образом данные не всегда оказываются достоверными.

Рассмотрим, отличаются ли по своим физиологическим коррелятам эмоции страха, тревоги, гнева и радости. Известный исследователь в этой области Я. Рейковский (1989) отмечает, что, видимо, нет таких соматических изменений, которые были бы строго специфичны для конкретной эмоции. Данные о «физиологической специфичности» эмоций достаточно противоречивы. Единственное, что удалось выявить Рейковскому в ходе скрупулезного обзора психологической литературы – это изменения в телесном состоянии, связанные с определенным уровнем активации. Поэтому, например, различаются физиологические показатели при переживании страха и гнева, особенно в том случае, когда страх вызван угрожающим стимулом, которого невозможно избежать (т.е. связан с состоянием беспомощности и пассивности, с активацией парасимпатической нервной системы). Многие в переживании и физиологических коррелятах страха зависят от набора поведенческих и когнитивных стратегий, которые имеются у конкретного индивида для борьбы с угрожающими стимулами.

В клинике психосоматических расстройств описан *синдром алекситимии*¹. Пациенты с алекситимией малоэмоциональны (вернее, переживают больше негативных эмоций, чем могут на сознательном уровне распознать и вербализовать); у них невыразительная мимика, конкретно-приземленное мышление, чрезмерно жесткая мотивационная сфера. Сначала считали, что алекситимия встречается только у психосоматических больных; затем стали говорить об алекситимии и у невротиков, т.е. у совершенно противоположной, на наш взгляд,

¹ Синдром алекситимии – неспособность индивида распознавать и обсуждать свои эмоции и эмоции других людей.

категории пациентов. Связи между алекситимией и соматическим заболеванием трудно истолковать однозначно. Так, Люмли считает, что алекситимия влияет на состояние здоровья опосредованно, через неадекватное поведение пациента, несвоевременное обращение к врачу (такие люди с трудом распознают интроцептивные ощущения, не могут отличить нормальные состояния от патологических). Как бы то ни было, синдром алекситимии не является специфичным именно для рака и нет никаких сведений о том, что в данном случае его можно рассматривать как этиологический фактор.

Исследования показывают, что *наличие социальной поддержки* помогает человеку справляться со стрессом, повышает его способность к адаптации. Само понятие «социальная поддержка» нуждается в уточнении. Неверно было бы определять его лишь как «наличие знакомых и друзей». Социальная поддержка означает возможность человека получать от окружающих его людей любовь, уважение, а также финансовую и другую помощь в трудных ситуациях. Социальная поддержка изменяет представления человека о себе, способствует улучшению эмоционального состояния.

Отсутствие социальной поддержки может переживаться как одиночество, ощущение собственной ненужности и в конечном счете приводить к депрессии. Однако этим влияние социальной поддержки на здоровье не исчерпывается. Эдлер и Мэтьюс утверждают, что люди, входящие в социальную сеть, могут препятствовать поведению, вредящему здоровью (употребление спиртного и т.д.). Особенно это касается пагубных привычек. Поскольку к развитию заболевания может привести и неправильное поведение индивида, поддержка здорового образа жизни представляется очень важной.

Имеются данные о том, что слабая социальная поддержка пациенток, страдающих раком груди, коррелирует с низким уровнем активности киллерных клеток. Исследование Д. Шпигеля показало, что групповая психотерапия, направленная на усиление социальной поддержки онкологических пациентов с метастатическим раком груди, увеличила продолжительность их жизни в среднем с 19 месяцев (в контрольной группе, не подвергавшейся такому воздействию) до 37 месяцев у членов экспериментальной группы [140]. Согласно некоторым данным, большинство исследований качества социальной поддержки проводилось на мужчинах, которые, как считается, более чувствительны к ее отсутствию.

Помимо эмоциональных факторов следует рассмотреть и другие особенности поведения человека, которые могут спровоцировать возникновение заболевания или изменить его течение. Среди таковых особенности питания (употребление в пищу продуктов, содержащих канцерогены, или отсутствие в рационе блюд, содержащих вещества, защищающие человека от рака), чрезмерное ультрафиолетовое облучение, курение и алкоголь. Высказывается также предположение о том, что некоторые вирусы, передаваемые половым путем, могут повреждать клеточную ДНК и тем самым способствовать возникновению рака. Во многих случаях можно избежать прогрессирования опухоли, сделав удачную операцию, если вовремя обратиться к врачу.

Все поведенческие факторы (что важно с профилактической точки зрения) могут быть изменены. Они, конечно, могут возникать в связи с особым эмоциональным состоянием людей: например, человек, страдающий от депрессии и пессимистически оценивающий свои жизненные перспективы, считает, что вправе равнодушно относиться к своему здоровью, не заботиться о нем. Депрессия может приводить к увеличению потребления табака и алкоголя, ненормальной сексуальной активности.

Поведенческий тип D

В последние годы конструктор «поведенческий тип D» используется для составления прогноза кардиологическим пациентам.

Латинское D – первая буква в слове «дистресс». Тип D – это личность в состоянии дистресса. Это понятие предложил С. Денолле в 1995 г. Индивид, относящийся к данному типу, может быть охарактеризован следующим образом:

- возбудимый;
- находящийся в состоянии дистресса;
- сдерживающий чувства;
- интровертированный.

Одной из наиболее важных характеристик типа D является социальное подавление. На поведенческом уровне оно выражается в подавлении эмоциональной экспрессии в социальных ситуациях, а на интрапсихическом уровне – в стремлении избежать социального неодобрения. Таким людям недостает уверенности в себе; общаясь, они не чувствуют себя в безопасно-

сти. Их типичной копинг-стратегией является уход от социального взаимодействия, а типичным мотивационным конфликтом – конфликт между приближением и избеганием.

Данные исследований взаимосвязи поведенческого типа Д и состояния сердечно-сосудистой системы являются неоднозначными. Видимо, наиболее важными предикторами нарушений сердечно-сосудистой деятельности являются социальное подавление и негативный аффект. Г. Айзенк с соавторами, анализируя влияние личности на возникновение данной болезни, отмечают, что испытуемого, как правило, сложно отнести к какому-либо одному психологическому типу [162].

Г. Фридман, проведя теоретический анализ всех описанных выше концепций, предложил отказаться от описания личностных типов, способствующих определенным болезням: такой подход является слишком узким и не полностью теоретически обоснованным. Вместо этого он предлагает использовать понятия «склонной к болезням личности» и «самоисцеляющейся» личности. Таким образом связываются личность и общее (как соматическое, так и психическое) благополучие человека [156].

Концепция жизнестойкости и концепция салютогенеза

Концепция жизнестойкости была разработана С. Мадди и С. Кобаса. Они утверждали, что индивид может сохранить здоровье благодаря следующим личностным характеристикам:

- чувству контроля над собственным поведением;
- вере в себя и в значимость своей деятельности;
- позитивному отношению к вызовам среды и к изменениям, желанию испытать свои силы.

Эмпирические данные по проверке концепции жизнестойкости являются довольно противоречивыми.

Израильский социолог А. Антоновский разработал ***концепцию салютогенеза*** (от лат. *salus* – благополучие, здоровье). Он выделил ряд факторов, благодаря которым человек может оставаться здоровым, несмотря на действие стрессоров. В отличие от концепций патогенеза, построенных на исследовании больных, Антоновский изучал людей, успешно справляющихся с негативными событиями. Здоровье в его концепции связано с понятием психологического благополучия и включает:

- использование осознаваемых видов копинга;

- способность к творчеству и личностному росту;
- продуктивное применение эмоциональной энергии;
- чувство радости;
- способность к самоотдаче;
- способность к межличностному взаимодействию.

Обобщив эти свойства, Антоновский пришел к выводу о том, что основным фактором здоровья является «чувство связности». Три его основных компонента – постижимость, управляемость и осмысленность стимулов внешней среды. В качестве механизмов, опосредующих влияние чувства связности на здоровье, Антоновский называет эндокринную и иммунную системы, стимулирование безопасного и избегание рискованного поведения, особенности когнитивных оценок стрессоров. Как и в концепции жизнестойкости, здесь подчеркивается склонность людей, обладающих чувством связности, воспринимать стрессовые реакции как вызовы, дающие повод проверить свои способности, и, таким образом, получить возможность развития личностных черт.

Однако если в концепции салютогенеза постижимость стимулов внешней среды рассматривается как важный фактор здоровья, то в концепции жизнестойкости подчеркивается необходимость постоянно стремиться к новым открытиям [81].

Исследования «большой пятерки» в психологии здоровья

Статистический анализ наивных и профессиональных описаний личностных типов свидетельствует о том, что индивидуальные психологические различия можно упорядочить в соответствии с пятифакторной структурой («большой пятеркой»). В таком случае можно выделить пять личностных черт:

1) экстраверсию (энергичность) – отражает широту и интенсивность межличностного взаимодействия, уровень активности, разговорчивость, напористость, решительность, страсть к приключениям;

2) дружелюбие (приветливость) – показывает доброжелательность к другим людям, склонность к сотрудничеству, доверчивость, неэгоистичность, щедрость;

3) сознательность – дает представление о степени организованности и настойчивости, ответственности, практичности, тщательности, усердии;

4) нейротизм, или эмоциональную неустойчивость – отражает напряженность, нервозность, нестабильность, постоянное недовольство, повышенную эмоциональность;

5) интеллект (открытость опыту) – отражает активное стремление к поиску нового опыта, богатство воображения, склонность к творческим решениям, любопытство, искушенность (опытность), любовь к размышлениям.

Психологи, работающие в рамках подхода «большая пятерка», полагают, что индивидуальные оценки человека по этим факторам становятся стабильными к 30 годам. Ряд исследований показывает, что у молодых людей в возрасте до 25 лет более высокие показатели нейротизма и экстраверсии по сравнению со средними показателями и ниже средних показателей сознательности и дружелюбия (что отражает вовсе не их личностные недостатки, а скорее особенности данного этапа развития личности).

Согласно эмпирическим данным, характеристики личности, входящие в «большую пятерку», могут оказывать существенное влияние на безопасное и рискованное поведение человека. Например, высокая сознательность и низкий нейротизм связаны с меньшей степенью вовлеченности индивида в опасное поведение [46].

В исследовании Дж. Такер с соавторами была предпринята попытка изучить психологический механизм, опосредующий влияние нейротизма и сознательности на поведение в сфере здоровья. Они предположили, что значительную роль здесь играют процессы социального контроля. Непрямой контроль поведения основан на чувстве ответственности индивида перед другими людьми, на понимании важности сохранения своего здоровья для благополучия близких. Прямой контроль заключается в сознательных попытках влияния на индивида с целью побудить его к безопасному поведению. В исследовании приняли участие 290 человек. Оценивались поведение в сфере здоровья, личностные черты. В ходе интервью респонденты описывали ситуации, в которых они сталкивались с социальным контролем в сфере здоровья.

Испытуемых спрашивали, каким образом они реагировали на попытки контроля. Получены следующие данные:

- индивиды с более высоким уровнем сознательности позитивно реагировали на попытки других людей повлиять на их поведение;
- индивиды с высоким уровнем нейротизма в целом имеют склонность реагировать на социальный контроль (попытки

осуществить нужное поведение, скрыть нежелательное поведение и т.д.);

- после разделения респондентов на несколько групп в зависимости от степени выраженности нейротизма оказалось, что по мере увеличения его уровня позитивный социальный контроль оказывает меньшее влияние на поведение индивида.

Сознательность тесно связана со стремлением людей следовать социальным нормам. В связи с этим такие индивиды позитивно воспринимали как прямой, так и непрямой социальный контроль. Они сообщали, что при попытках прямого контроля ощущают любовь и заботу окружающих. Впрочем, это не оказывало существенного влияния на частоту поведенческих реакций, которые детерминированы, как полагают авторы, другими качествами индивида – упорством и самодисциплиной. Для лиц с высоким уровнем нейротизма прямой социальный контроль не является особенно эффективным. Исследователи делают важный вывод о том, что воздействовать на личность, стимулировать безопасное поведение необходимо за счет подбора особых стратегий с учетом индивидуальных характеристик человека [237].

Анализ результатов эмпирических исследований связи различных личностных характеристик и здоровья человека позволил Маршаллу и другим исследователям предположить, что в этой сфере присутствуют три фактора высшего порядка:

- 1) оптимистический контроль;
- 2) выражение гнева;
- 3) сдерживание эмоций [46].

7.2. Взаимосвязь когнитивных стилей и здоровья: воспринимаемый контроль, самоэффективность, выученная беспомощность

Американский психолог Дж.Роттер и его последователи утверждают, что интернальность связана с большой интенсивностью профилактических мер и высоким уровнем душевного здоровья. Однако индивиды с внутренней атрибуцией ответственности хуже приспосабливаются к тем ситуациям, где их свобода существенно ограничена (например, в больнице, в доме престарелых). В некоторых случаях у них наблюдается очень высокий уровень тревоги, начинается депрессия.

Термин «согласованность поведения и результатов» используется для определения соответствия результатов деятельности усилиям, приложенным в ходе ее осуществления. Подобная согласованность является одним из важных условий психологического благополучия и общей удовлетворенности жизнью. Теория «*выученной беспомощности*» М. Селигмана описывает негативное влияние на самочувствие и здоровье человека тех стрессовых ситуаций, в которых действия индивида никак не согласуются с последующими событиями. Состояние «выученной беспомощности» по своим характеристикам близко к хронической депрессии. Оно может оказывать воздействие на здоровье двумя путями. *Прямое влияние* связано с хроническим возбуждением парасимпатической нервной системы и уменьшением активности клеток иммунной системы, *опосредованное* – с нарастающей пассивностью индивида, которая выражается в отказе от заботы о себе (в том числе и от посещений врача), в более интенсивном курении и употреблении спиртного [140].

С. Карвер и С. Харрис указывают на важность умения предсказать результат с учетом персонального контроля и внешней ситуации. Наибольшее значение имеет не личная ответственность, а уверенность человека в возможности достижения цели. Исследование пациенток, страдающих раком груди, показало, что их вера в выздоровление связана с лучшей эмоциональной адаптацией независимо от воспринимаемого контроля. Осознание своей ответственности важно и в том случае, когда желаемый результат может быть достигнут за счет активных действий, приложения значительных усилий. В тех ситуациях, когда деятельность субъекта не определяет результат, воспринимаемый контроль нежелателен. Так, при наличии тяжелого, неизлечимого хронического заболевания воспринимаемый контроль способствует появлению тревоги, ухудшению состояния и др. Люди с тяжелыми заболеваниями нуждаются в ощущении персонального контроля, поэтому они часто отказываются от биологической медицины в пользу альтернативных методов лечения, которые представляют пациентам большую свободу действий.

Известный психолог И. Ялом, анализируя проблему свободы и ответственности в области здоровья, указывает на необходимость точной оценки своих способностей каждым респондентом и принятия им ответственности лишь за соизмеримые со способностями результаты. Он критикует «психогенную»

концепцию рака О. Симонтона, в которой онкологическое заболевание связывается с состоянием «выученной беспомощности». Принятие полной ответственности за свое физическое состояние не помогает больному улучшить его, а лишь вызывает чувство вины. Однако «почти любая болезнь позволяет человеку множеством способов участвовать в своем лечении», — считает И. Ялом. Он разработал специальную психотерапевтическую программу, которая позволяет онкологическим больным усилить ощущение контроля отношений с врачом. Пациенты учатся претендовать на время врача, требовать от него важную для них информацию, отстаивать свое право выбора, в том числе и право на отказ от бесполезного лечения.

В трудах отечественных психологов также имеются указания на необходимость разграничения ответственности за успех и за неудачу [39; 55]. А.А. Реан предлагает ввести понятие «хороший интернальный контроль», под которым он понимает особый тип внутренней каузальной атрибуции: интернальность в отношении успехов и в отношении преодоления неудач (но не их причин). Интернальность должна быть обращена к будущему, к тому, что еще можно изменить. Плохим интернальным контролем можно считать приписывание себе причин неудач, особенно когда в качестве основной причины называются личностные качества и способности. Такой стиль объяснения рассматривается как один из факторов депрессии в когнитивной теории А.Бека.

Насколько же серьезным может быть негативное влияние воспринимаемого контроля на здоровье? Интересно, что по отношению к проблеме безопасного поведения этот вопрос очень мало исследован. Сообщения о результатах, противоречащих концепциям А. Бандуры и Дж. Роттера, теряются среди огромного потока оптимистических публикаций. Между тем в смежных областях психологии (например, в психосоматике, в психологическом консультировании) отношение к воспринимаемому контролю не столь однозначное.

Помимо того что осознание личной ответственности за исход ситуации может вызвать у человека ухудшение эмоционального состояния, необходимо четко разграничивать нормальное чувство личной причастности и невротическую вину. В некоторых случаях ответственность навязывается индивиду вопреки объективным характеристикам ситуации. М. Кан пишет: «Культура в целом и психотерапевтическое сообщество в частности развили пуританский взгляд на сильных и уверен-

ных в себе людей как на единственно по-настоящему зрелых людей» [28. С. 87].

Обыденное понимание силы и уверенности значительно отличается от их психологической трактовки. Многие люди считают, что способность управлять эмоциями, желаниями и непосредственными побуждениями является одной из наиболее важных характеристик сильной личности. Как правило, чтобы достичь ощущения контроля, индивид прибегает к подавлению спонтанных побуждений за счет мышечных усилий. Приобретенная в процессе онтогенеза способность к контролю над произвольными движениями является важным условием для формирования «Я-концепции» [35; 68; 69]. «Полное или тотальное авторство над телесными движениями является своеобразным идеалом, нормой человека, его здоровьем или состоянием свободы. ... Властвую над телом – следовательно, присутствую в ... мире» [99. С. 90–92]. Однако власть над телом может осуществляться и во вред здоровью.

Механизм подавления активности лежит в основе многих психосоматических синдромов. Мышечная боль напряжения, функциональное расстройство желудочно-кишечного тракта могут быть связаны с чрезмерными, неадекватными задачами усилиями и излишним стремлением к контролю над побуждениями. К аналогичным выводам пришли и психологи, анализирующие проблемы репродуктивного здоровья женщин. Е.Т. Соколова объясняет причины хронического невынашивания плода у своей пациентки ее попытками усилить чувство автономии, установить контроль над собственной жизнью. В некоторых случаях женщина может «отыгрывать» межличностные проблемы, манипулируя своим телом (например, постоянно прерывая беременность). Наконец, предлагается рассматривать синдром нервной анорексии как заболевание, связанное с патологическим стремлением к контролю. Больные не столько хотят соответствовать определенному идеалу красоты, сколько боятся потерять власть над чувством голода, которое может подтолкнуть их к импульсивным действиям. Контроль над желаниями становится их главной целью.

Негативные эффекты воспринимаемого контроля могут быть обусловлены физиологическими механизмами. Так называемый поведенческий тип А, характерный для людей с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, включает в себя гипертрофированную ответственность и стремление к

контролю над ситуацией любой ценой. Такой человек пытается самостоятельно принимать решения даже в тех случаях, когда его некомпетентность очевидна. Это приводит к хроническому стрессу, связанному с возбуждением симпатической нервной системы, и как следствие – к повреждению коронарных сосудов. В отличие от рака сердечные заболевания можно считать результатом «излишней вовлеченности» [140].

Важно понимать, что в моделях безопасного поведения речь идет именно о *воспринимаемом контроле*. Оценка человеком своих способностей может быть неточной. Существует несколько причин, способствующих ошибочному восприятию контроля. Стремление к контролю можно рассматривать как одно из наиболее важных для человека. Умение управлять собственной жизнью обеспечивает определенную степень независимости от социальной и биологической реальности [107, т. 2]. Человек стремится ощущать свой контроль над ситуацией даже тогда, когда ее исход очевидным образом определяет случай (зависит от стечения обстоятельств). Иногда для сохранения чувства контроля достаточно осознавать свою способность предсказывать появление события. Как указывает Дж. Келли, нахождение причины события необходимо для эффективного контроля над ним. Предположения Дж. Келли подтверждаются эмпирическими данными. Жертвы несчастных случаев либо преступлений склонны винить себя за то, что с ними случилось. Этот феномен можно объяснить их желанием восстановить утраченный контроль. Если человек считает свои действия причиной события, он может изменить поведение и избежать повторения несчастного случая. Пациенты с онкологическими заболеваниями создают собственные теории относительно причин болезни, в которых большая роль отводится их собственной активности или поведению их близких. Смысл подобных наивных теорий заключается в устранении тревоги и включении болезни в более широкий жизненный контекст.

Несмотря на то что ошибочное восприятие контроля иногда способно позитивно повлиять на самочувствие и усилить интенсивность безопасного поведения, во многих случаях оно скорее способствует пренебрежению профилактическими мерами, а также формированию завышенных ожиданий относительно их эффективности. В результате человек либо оказывается не готовым к воздействию стрессовой ситуации, либо

испытывает глубокое разочарование относительно собственных способностей.

А. Бандура рассматривает самоэффективность как важный когнитивный фактор, воздействующий на поведение человека и его результаты посредством когнитивных, мотивационных, аффективных, селективных и физиологических процессов. Высокая воспринимаемая самоэффективность изменяет мышление, способствуя увеличению количества самоодобряющих суждений. Она также определяет силу и устойчивость мотивации к деятельности, особенно в том случае, когда индивид сталкивается с препятствиями на пути к цели. В аффективной сфере самоэффективность связана с уменьшением уровня тревоги и других негативных эмоций, возникающих при неудачах. Воспринимаемая самоэффективность влияет на выбор той или иной стратегии действий (селективные процессы). Она способствует тому, что возникающие проблемы воспринимаются человеком не как непреодолимые препятствия, а как вызов, дающий ему возможность проверить и подтвердить свои способности справляться с трудностями. Такая оценка ситуации вызывает возбуждение симпатического отдела вегетативной нервной системы, т.е. мобилизацию ресурсов организма и усиление положительных эмоций.

Помимо того что самоэффективность способствует безопасному поведению, она также влияет на состояние здоровья посредством физиологических механизмов. А.Бандура утверждает, что восприятие проблемной ситуации как подконтрольной человеку приводит к физиологическому возбуждению, характерному для положительных эмоций (азарта, радости, интереса), и к выбросу эндогенных опиоидов. Это активизирует работу иммунной системы, усиливает чувство оптимизма, способствует более энергичной деятельности. Тесно связано с понятием контроля уже рассмотренное понятие «выученной беспомощности».

7.3. Мотивационно-потребностная сфера и здоровье: концепция отношения к здоровью

Теоретический конструкт «отношение к здоровью» в большей степени используется в отечественной, чем в зарубежной, психологии. Н.П. Малинская, Л.В. Водогреева и Р.З. Позднякова [88] определяют его как систему ценност-

ных суждений в сфере здоровья, которая составляет мотивационную основу для ведения здорового образа жизни и проявляется в его характеристиках. По мнению Г.С. Никифорова, это система «индивидуальных, избирательных связей личности с различными явлениями окружающей действительности, способствующими или, напротив, угрожающими здоровью людей» [75. С. 82]. Данное определение предполагает, что отношение к здоровью будет определять соответствующее поведение человека.

В отечественной традиции достаточно популярным в исследовании отношения к здоровью был подход, когда респондентам предлагали определить их место в системе жизненных ценностей. В большинстве публикаций подчеркивается, что в бывшем СССР ценность здоровья никогда не была высокой. Например, И.В. Журавлева пишет: «До 1917 г. доминировала православная концепция с ее первичностью духовной жизни... а после революции задачи построения коммунизма оттеснили на периферию сознания ценность здоровья» [43. С. 59]. При этом автор полагает, что низкая ценность здоровья была характерна как для государства в целом, так и для отдельных граждан.

Респонденты склонны относиться к здоровью как к инструментальной ценности, необходимой для самоактуализации, выполнения жизненных проектов [173]. В зависимости от социального положения и уровня доходов использование здоровья как ресурса может происходить в различных целях. Более обеспеченные люди рассматривают здоровье как средство получения удовольствия от жизни, а менее обеспеченные – как средство зарабатывания денег [155]. Расхождение мнений зарубежных и отечественных авторов по этому вопросу заключается в том, что последние негативно оценивают восприятие респондентами здоровья как функциональной ценности. «Для россиян главная ценность здоровья состояла раньше и состоит сейчас в возможности его эксплуатировать, использовать для удовлетворения других потребностей... люди не только не ориентированы на сохранение своего здоровья, но и нормативные представления перестраиваются таким образом, чтобы оправдать свое бездействие в этом отношении», – отмечает И. В. Журавлева [43. С. 61].

Результаты опросов, проведенных сотрудниками Национальной академии наук Беларуси, показали, что большая

часть респондентов (89,6 %) определила здоровье как «самое главное в жизни» [94]. О значении этих данных уже говорилось выше. Можно лишь добавить, что признание за здоровьем первого места в ряду жизненных ценностей необязательно означает, что человек будет активно его улучшать или поддерживать. Повышение ценности здоровья отражает характерную для современной культуры тенденцию подменять заботу о душе заботой о здоровье [99]. Отмеченное в последние десятилетия увеличение интереса населения к собственному здоровью сочетается с активизацией попыток самостоятельно контролировать его качество, которые в итоге способствуют повсеместному распространению идей и практик так называемого хэлсизма. Д. Ходжетс, Б. Болам и С. Стивенс определяют *хэлсизм* как новую форму общественного сознания XX–XXI вв., одним из основных содержательных элементов которой является идея персональной ответственности за здоровье. Исходя из идеологии хэлсизма, быть здоровым – значит, поддерживать нужный баланс бдительности и самоограничения [177].

Распространение идей хэлсизма происходит посредством массовых коммуникаций, причем его агентами могут выступать как средства массовой информации, так и средства специализированной медицинской пропаганды (интернет-сайты, брошюры, плакаты и др.). Авторы указывают, что потребители информационных сообщений вовлечены в передачу и преобразование информации. Хэлсизм создает основу для совместно разделяемых практик, таких, как посещение спортивных залов и магазинов здорового питания, борьба с загрязнением воздуха и т.д. [177]. Т. Гринхальф и С. Уэсли рассматривают хэлсизм как одно из проявлений конsumerизма¹. В своих работах они систематизируют основные демографические, аттитюдные и поведенческие характеристики хэлсизма. Типичным выразителем этих идей является молодой или средних лет человек с университетским образованием. Он активно ищет информацию о здоровье, озабочен поддержанием физической формы, всегда стремится делать выбор в пользу безопасного поведения, употребляет многочисленные биоактивные добавки, обеспокоен «ненатуральностью» пищевых продуктов и за-

¹ Конsumerизм – организованное движение за расширение прав и влияния потребителей, покупателей по отношению к продавцам и производителям товаров, создание обществ потребителей.

грязнением окружающей среды, возможной потерей здоровья из-за действия неких скрытых факторов, воспринимает медицину как опасную науку, которая может нанести человеку вред. На клинических примерах авторы показывают, что хэлсизм, проявляющийся на уровне отдельного индивида, может представлять серьезные проблемы для терапевта и больного из-за нарушений режима лечения или несвоевременного обращения за помощью. Вместе с тем к числу позитивных последствий хэлсизма можно отнести повышение качества взаимодействия врача и пациента за счет требовательности последнего, а также улучшение медицинского обслуживания [165].

Во многих публикациях ценность жизни, самосохранения подменяется ценностью здоровья, что влечет за собой ряд проблем. Ценность жизни абсолютна, в то время как ценность здоровья инструментальна. Более того, каждый человек понимает, что значит быть живым, однако, как было показано выше, такой ясности в отношении здоровья нет ни в науке, ни в массовом сознании.

РАЗДЕЛ II. ПРИКЛАДНАЯ ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ

ГЛАВА 8. ПРАКТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ

Развиваясь как прикладная дисциплина, психология здоровья столкнулась с проблемами теоретической обоснованности, этичности и эффективности психологических воздействий. В принципе данные проблемы не являются новыми для психологической науки и активно обсуждаются специалистами начиная с 1920-х гг.

8.1. Проблема соотношения теории и практики

Большинство специалистов согласны с тем, что разработка практических направлений и методов психологии здоровья требует особой теории. Например, будучи способными предсказать поведение человека на основе его убеждений, мы не всегда можем эти убеждения изменить. Таким образом, необходимо перенести фокус внимания психологов с конечной цели – изменения убеждений на процесс их формирования. Психологическая практика нуждается в теории, основанной на особом знании. Как отмечает М. Перре, такое знание описывает действия и их последствия при определенных условиях. Теория должна иметь определенного адресата-практика, опираться на его личный опыт, а не только на абстрактные концепции, быть гибкой, т.е. позволять вносить связанные с новой практикой изменения, содержать указания на конкретные методы воздействия [23; 82].

Принципы создания полезной для практической психологии здоровья теории показаны на рис. 8.1. Как можно заметить, теория психологической интервенции должна развиваться в постоянном взаимодействии не только с научными исследованиями, но и с реальной практикой. Она должна направляться актуальными проблемами общественного здоровья. Например, если речь идет о «подталкивании» людей к физически активному образу жизни, необходимо не только использовать имеющиеся эмпирические данные о социально-психологических факторах физической активности, но и постараться обобщить опыт специалистов-практиков, а также опреде-

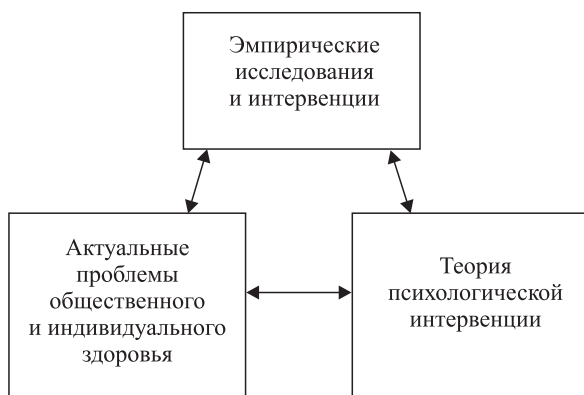


Рис. 8.1. Взаимодействие теории и практики в сфере здоровья по М. Кросби с соавторами [144]

лить не столько оптимальный, сколько реально достижимый и необходимый уровень активности. Например, хотелось бы, чтобы каждый человек выполнял физические упражнения каждый день, но, возможно, более реалистичной будет ориентация хотя бы на еженедельные занятия.

Практикоориентированные теории в психологии здоровья условно можно расположить в пространстве между двумя полюсами – образовательным (акцент на сознательно принимаемых информированным индивидом решениях и связанных с ними действиях) и экологическим (акцент на создании благоприятной социальной среды для нужных изменений или для защиты здоровья).

Перед планированием любой психологической практики в сфере здоровья необходимо найти ответы на три основных вопроса: Почему люди ведут себя рискованно, хотя это наносит вред их здоровью? Какие факторы определяют безопасное поведение? Как происходит переход от безопасного к рискованному поведению?

Ответы на первые два вопроса определяют мишени психологического воздействия, а ответ на третий вопрос будет способствовать выбору его наиболее эффективных методов.

Обзор теоретических основ интервенций

Первыми в практике начали использоваться модели безопасного поведения (см. главу 5). *Модель убеждений*, как из-

вестно, разрабатывалась с целью выявления факторов, влияющих на успех профилактической программы. Ч. Абрахам и П. Ширан провели обзор литературы, посвященной интервенциям в рамках модели убеждений. Эти интервенции включали презентации в группах, распространение листовок и брошюр, рассылку писем. Так или иначе все они применяли убеждающую вербальную коммуникацию и были направлены на различные цели – стимулирование отказа от курения, безопасные сексуальные практики, защиту от ультрафиолетового излучения, вакцинацию, регулярные обследования груди и т.д. Были проанализированы итоги семнадцати интервенций. Авторы обнаружили доказательства изменений, основанных на использовании модели убеждений. Ниже приводится пример эффективной интервенции.

В 2001 г. Людвиг и Гачковский на основе модели убеждений реализовали программу стимулирования самообследования груди среди студенток одного из колледжей. Программа включала в себя несколько обучающих сессий. Во время таких занятий девушкам объясняли, в чем заключаются изменения тканей при раке груди, как оценивается риск данного заболевания. Целью было повысить воспринимаемую угрозу (уязвимость организма и серьезность заболевания). В раздевалках и душевых кабинках, которыми пользовались девушки, были размещены соответствующие плакаты (таким образом создавались стимулы к действию). В учебных группах показывали фильмы об анатомии груди, о подростках, проводящих самообследование, о маммографии. Студенткам также разъясняли на модели, как проводить эту процедуру самостоятельно. Через месяц после окончания интервенции была проведена ее оценка при помощи опросника. Число девушек, практикующих самообследование груди, увеличилось с 32 до 64 % [151].

В качестве метода, позволяющего изменить поведение людей, модель убеждений предполагает информирование о реальном риске возникновения заболевания, о возможных профилактических мерах, а также обучение навыкам принятия решений в сфере здоровья. Подобная стратегия была использована М. КрETERом и В. Стречером в эксперименте по изменению восприятия риска. Результаты показали, что точное восприятие риска способствует более безопасному поведению. Число испытуемых, бросивших курить через шесть месяцев после экспериментального воздействия, в группе с адекватным восприятием риска превышало таковое в группе «оптимистов».

Следует отметить, что значительная часть исследований интервенций, основанных на модели убеждений, проводилась без использования контрольных групп и была посвящена слишком разным видам поведения. Это затрудняет их сравнительную оценку.

К числу недостатков модели убеждений как основы профилактических программ относят прежде всего отсутствие знаний относительно того, за счет какого фактора происходит изменение поведения и убеждений и соответственно какие методы будут наиболее эффективными.

Теория мотивации самосохранения относится к числу часто используемых на практике и соответственно часто анализируемых концепций. Существуют два главных типа интервенций на основе теории мотивации самосохранения: образовательные программы в реальных ситуациях и экспериментальные манипуляции. В 2000 г. Милн с соавторами опубликовал результаты метаанализа интервенций, основанных на теории мотивации самосохранения. Удалось показать, что с точки зрения статистики наиболее эффективными были интервенции, направленные на такой компонент модели, как оценка угрозы. Манипуляции с эффективностью (оценкой копинга) показали меньшую, но все же статистически значимую эффективность. Манипуляции с воспринимаемой стоимостью безопасного поведения оказались неэффективными. Однако авторы отмечают, что значимыми были именно результаты экспериментальных исследований, а не исследований реальных интервенций. Ниже приводятся примеры нескольких интервенций, основанных на теории мотивации самосохранения.

В исследовании 1988 г., направленном на увеличение потребление кальция среди студенток, Вюртель манипулировал угрозой остеопороза. Для чтения студенткам были подготовлены два текста. Один был направлен на создание чувства реальной уязвимости организма: в нем приводились эмпирические данные относительно частоты потери костной ткани у молодых девушек, а также доводы, подтверждающие правдивость информации о том, почему высок риск заболевания в этом возрасте. Второй текст Вюртель назвал текстом «о низкой уязвимости»: в нем утверждалось, что остеопороз развивается преимущественно у пожилых женщин и приводились доводы в пользу того, почему для молодых женщин риск остеопороза ниже. Исследование продемонстрировало эффективность «текста о высокой уязвимости».

В 1992 г. Фруин и другие исследователи распространяли среди школьников старших классов тексты, посвященные связи уровня физи-

ческой активности и риска заболеваний сердечно-сосудистой системы. При этом психологи пытались воздействовать на оценки эффективности копинга. Текст, повышающий воспринимаемую эффективность копинга, подчеркивал полезность физических упражнений для предотвращения заболеваний сердца. Текст, направленный на провокацию низких оценок эффективности копинга, содержал фразы типа «Многие люди не верят, что регулярные упражнения являются эффективной защитой от болезней сердца». Авторам удалось показать, что успех интервенции определяется текстами, направленными на повышение оценок эффективности копинга [151].

Социально-когнитивная теория также часто используется в интервенциях. Она проверялась в программах следующей направленности: поддержка соблюдения врачебных рекомендаций во время периода реабилитации, уменьшение рискованного сексуального поведения, стимуляция физических упражнений, изменение рациона питания. Тем не менее следует отметить, что во многих случаях манипуляции проводились лишь с одним из компонентов теории, а именно с воспринимаемой самоэффективностью. Рассмотрим характерный пример.

Лоуренс и другие исследователи в 1997 г. опубликовали данные об интервенции, направленной на профилактику ВИЧ-инфекции. Задачами интервенции было повышение знаний целевой аудитории по проблемам ВИЧ, навыков социальной компетентности, самозащиты (например, использование презервативов), а также создание поддерживающей среды для участников и т.д. Интервенции проводились среди женщин группы высокого риска. Среди участниц проекта третья часть группы употребляла наркотики и около половины женщин имели заболевания, передающиеся половым путем. При предварительном опросе было выявлено большое количество половых партнеров у каждой из женщин в течение жизни. После проведения интервенции женщины сообщали о повышении чувства самоэффективности в коммуникации с партнером (использование презерватива). Появились обобщенные знания по проблеме ВИЧ-инфекции. Информация действовала в течение шести месяцев [151].

В рамках **теории целенаправленного поведения** осуществлялись интервенции в сферах безопасности дорожного движения, физической активности, курения. Проведенный Хардеманом с соавторами в 2002 г. обзор двадцати четырех исследований показал, что в половине случаев интервенции были эффективными, однако в исследованиях не были уточнены техники, благодаря которым происходили желательные изменения [151].

Сторонники **бихевиорального подхода** обсуждают вопрос о том, что является наиболее важной задачей в практике пси-

хологии здоровья – научение нужному (безопасному) поведению или стимуляция угасания опасного поведения. Они подчеркивают, что одной из самых больших проблем является риск возврата нежелательного поведения после интервенции (отсутствие у интервенции долговременного эффекта). Необходимо обеспечить угасание рискованного поведения в различных контекстах, т.е. в различном физическом окружении, в различные периоды времени и в различных эмоциональных состояниях. Людям нужно оказывать помощь в изменении ситуации, провоцирующей рискованное поведение. Обучение новому поведению должно осуществляться в том контексте, который важен для человека; при этом имеются эмпирические данные, что организм склонен воспринимать более раннее научение как более корректное (переучиваться трудно). Кроме того, для научения в отличие от угасания свойственна генерализация. Отсюда следует вывод: разумнее стимулировать безопасное поведение, чем устранять рискованное.

После обобщения опыта практического использования моделей безопасного поведения можно вывести несколько рекомендаций. Исходя из основных положений модели убеждений, необходимо, чтобы в сообщениях присутствовали сведения о риске и о пользе профилактического поведения. В социально-когнитивной теории особо важная роль отводится влиянию социального окружения на поведение людей, научению действия по моделям, понятию самоэффективности.

Согласно положениям *теории обоснованного действия*, можно разграничить первичную и вторичную аудиторию. Первичная аудитория – это те представители социума, от которых ожидают изменений в поведении, вторичная – это люди, способные повлиять на представителей первичной аудитории («значимые другие» в терминологии авторов модели).

В *транстеоретической модели изменений в поведении* Дж. Прохазки целевую аудиторию предлагается разделить на группы в зависимости от того, на какой стадии изменения поведения находятся ее представители.

Рассмотренные выше модели в основном действуют на уровне отдельного индивида, в то время как другие концепции адресуются ситуации межличностного взаимодействия. Предполагается, что межличностные отношения можно использовать в профилактических программах, так как они обеспечивают социальную поддержку человеку, решившему изменить свой образ жизни, открывают ему доступ к материаль-

ным ресурсам и необходимой информации, а также непосредственно влияют на его поведение.

Рассмотрим некоторые теоретические подходы, которые центрируются **на процессе коммуникации**. Коммуникации в сфере здоровья могут включать как массовые кампании, так и контакты лицом к лицу с представителями целевой аудитории. Эффективная коммуникация в сфере здоровья должна быть основана на решении четырех главных проблем:

- 1) повышении уровня информированности целевой аудитории;
- 2) изменении отношения целевой аудитории к политике в среде здравоохранения;
- 3) подборе такой формы медиасообщений, которая будет способствовать наиболее эффективному влиянию на аудиторию;
- 4) соблюдении баланса между сообщениями о риске и стимулированием нужного поведения [170].

Теория диффузии инноваций Э. Роджерса. В своих исследованиях (1962, 1982, 1995) психолог изучает, как распространяются определенные идеи и концепции в обществе. Он выделяет пять групп реципиентов информации в зависимости от их склонности принять инновации:

- 1) пионеры (инноваторы); 2) ранние последователи; 3) раннее большинство; 4) позднее большинство; 5) отстающие.

По мнению Э. Роджерса, процесс изменений подразделяется на несколько стадий: осознание; получение знаний и появление интереса; принятие решения; попытки применения информации; усвоение нужного поведения или отказ от него.

Инноваторы принимают решение раньше, чем целевые группы, поэтому могут служить ролевыми моделями для других людей. Таким образом, распространение новой информации о здоровье должно быть направлено прежде всего на них.

В целом предполагается, что эффект любой программы будет зависеть от того, насколько активное участие будут принимать в ее реализации представители целевой группы [170].

Модель повышения вероятности успеха воздействия. В модели описываются два пути изменения аттитюдов:

1. *Центральный путь* подразумевает стимулирование осознанной переработки информации по какой-либо проблеме; при этом происходит сопоставление новой информации с информацией, хранящейся в памяти. В связи с этим необходимо соблюдение двух условий: получатель сообщения должен

быть: а) мотивирован и б) способен тщательно перерабатывать информацию. Мотивация человека к тщательной переработке информации зависит от релевантности сообщения, периодичности его появления, стереотипов мышления, наличия отвлекающих внимание факторов.

В результате воздействия сообщения, осуществленного по центральному пути, формируется хорошо осознаваемый, легко извлекаемый из памяти и интегрированный в общую систему убеждений индивида аттитюд. Предполагается, что аттитюды такого типа более устойчивы к действию противоположных по содержанию сообщений. Их изменить достаточно сложно, что показал опыт специалистов в сфере медицинского просвещения. Например, дети и подростки считают, что информация о здоровье не имеет к ним непосредственного отношения. Предполагается, что сначала нужно добиться изменения восприятия информации на уровне эмоционального отношения (через периферический путь) и лишь затем (после тщательной ее переработки) предлагать сообщение.

2. *Периферический путь* подразумевает стимулирование ассоциативных процессов – эвристик, эмоций и др. Не все виды сообщений перерабатываются на сознательном уровне, однако все они способны влиять на наши убеждения. При воздействии послания на объект через периферический путь большое значение играют степень доверия к посланию (как правило, относительно простому), которое содержится в сообщении, а также эвристики и эмоциональный эффект. Таким образом, действие данного принципа состоит не только и не столько в смысле содержания сообщения, сколько в его форме. Например, люди часто просто подсчитывают количество аргументов в пользу того или иного решения [170].

Важно понимать, что убеждение группы людей в чем-либо обычно происходит с использованием обоих путей, в рамках некоего континуума. Различие центрального и периферического путей – это различие в процессе переработки информации, а не различие в ее содержании. Одно и то же содержание может влиять на реципиента и через центральный, и через периферический путь. Это зависит от свойств самого человека и от контекста передачи сообщений. Если человек на личном опыте столкнулся с медицинской проблемой, он будет более мотивирован к тщательному обдумыванию подобных сообщений. Если это сообщение вызывает сильный страх, то принцип обработки информации будет соответствовать перифери-

ческому пути. Аналогичное действие произойдет, если информация будет представляться в условиях одновременного воздействия различных стимулов.

Согласно *модели IBM (информация – поведение – мотивация)*, информация о здоровье, мотивация и поведенческие навыки, полученные представителями целевой группы, являются ключевыми детерминантами профилактической активности индивида. Перед планированием профилактической программы необходимо провести следующие действия:

- определить специфический для целевой группы информационный дефицит;
- уточнить особенности интересов и ценностей, характерных для представителей целевой группы (необходимо, чтобы информация была не только дополняющей уже полученные знания, но и интересной для публики);
- выявить, какие конкретно навыки поведения необходимо выработать.

Несмотря на то что этот подход первоначально реализовывался в профилактике ВИЧ-инфекции, в последнее время он все чаще применяется и в других программах.

Многие практические направления психологии здоровья оказываются мало связанными с теориями: они либо вообще не используются, либо из них извлекаются отдельные, представляющиеся профессионалам «полезными» идеи, а в некоторых случаях четкого теоретического обоснования практики вообще нет. Г. Макдональд полагает, что интервенции в сфере общественного здоровья часто обосновываются идеологически (как это должно быть), а не теоретически или эмпирически. Из числа наиболее используемых теорий он называет теорию социального научения А. Бандуры и теорию обоснованного действия А. Эйсена [170].

Т. Прохазка и соавторы выделяют несколько причин, ограничивающих использование теории на практике:

- теории статичны, а практика динамична;
- теория входит в противоречие со здравым смыслом профессионалов; при этом возможности вступить в полемику по поводу теории у них есть не всегда;
- теории не учитывают социальный контекст и потребности сообщества, в котором работают практики;
- теории фокусируются на причинах поведения, а не на средствах его изменения;

- практики должны ориентироваться в своей деятельности не только на положения психологической науки, но и на задачи, которые ставят перед ними заказчики [214, 215].

Какая бы теория ни была выбрана в качестве основы программы, необходимо соблюдать важнейшие принципы планирования и проведения интервенций.

Обобщенные модели профилактических интервенций

В современном здравоохранении используются обобщенные подходы к планированию и организации программ (которые основаны не столько на теории, сколько на понимании сущности интервенций). Одной из наиболее реализуемых моделей является модель Л. Грина, М. Кретера. Согласно этой модели, процесс интервенции включает семь этапов [164]:

- 1) оценку качества жизни представителей целевой группы;
- 2) выделение различных факторов качества жизни по параметрам их воздействия на здоровье;
- 3) поведенческую диагностику, направленную на установление характера взаимосвязи поведения и факторов окружения;
- 4) выявление наиболее важных детерминант поведения;
- 5) выбор мишеней воздействия;
- 6) применение программы, а также решение практических и административных проблем;
- 7) оценку эффективности.

Эта модель может быть использована не только для образовательных интервенций, но и для интервенций, направленных на иные (кроме рискованного поведения) мишени. Она подразумевает использование комбинаций различных теоретических концепций. На рис. 8.2 представлен пример применения данной программы.

Конечной целью данной программы является устранение детского травматизма и соответственно повышение качества жизни ребенка (поэтому стрелки идут слева направо). Однако это уже процесс применения программы. Планирование программы начинается с оценки качества жизни детей и выявления тех факторов, которые ее понижают. Оказалось, что главными опасностями для ребенка являются травмы, причем большую часть из них он получает дома. Далее выявляются факторы поведения ребенка и родителей, а также условия окружающей среды, которые способствуют травмам. Важней-

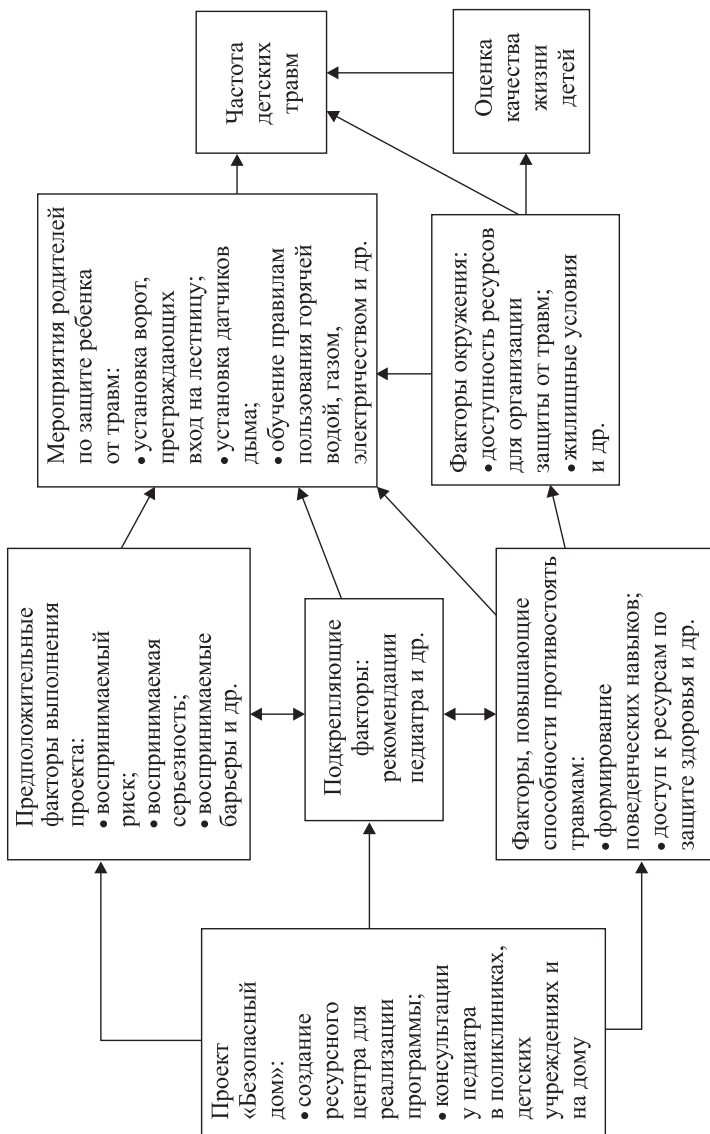


Рис. 8.2. Схема профилактики детского травматизма на основе модели Л.Грина и М. Крегера

шим фактором окружающей среды является качество жилья, где находится ребенок (возможность избежать падения, контакта с токсичными веществами и горячей водой). Эти факторы частично связаны с экономическим положением семьи, а частично – с поведением родителей, которые не принимают мер по защите ребенка от травм. Таким образом, необходимо воздействовать на воспринимаемый риск, воспринимаемую серьезность и воспринимаемые барьеры, а также устранять недостаток ресурсов для организации «безопасного дома». Немаловажную роль может сыграть и мнение участкового педиатра. Для реализации программы создается ресурсный центр.

Основная критика в отношении модели Л. Грина и М. Кретера касается слабого раскрытия особенностей реализации профилактических программ по сравнению с их подготовкой. Например, не конкретизированы практические методы воздействия на поведение и окружение, а также средства преодоления затруднений на пути реализации программы. По существу, это лишь логическая схема, которую еще необходимо наполнить содержанием.

Рассмотрим *важнейшие принципы практической работы* в профилактике здоровья.

1. *Выбор проблемы.* Из всего многообразия проблем общественного здоровья необходимо выбрать ту, на которую будет направлена интервенция, и подобрать мишени, адекватные ее решению. Так, для раннего этапа развития психологии здоровья (1970–1990-е гг.) была характерна ориентация на контроль как факторов безопасного, так и факторов рискованного поведения. Однако не стоит забывать, что конечной целью любой психологической практики является повышение уровня субъективного благополучия и качества жизни людей, а не только устранение потенциальных психологических причин болезни. Обратимся к задачам психологии здоровья, чтобы понять важнейшие направления ее практики:

- повышение уровня субъективного благополучия людей посредством воздействия на психологические факторы здоровья;
- изменение отношения к здоровью на уровне индивида и общества;
- стимуляция безопасного поведения;
- повышение эффективности работы системы здравоохранения, в том числе эффективности профилактических программ.

Психологическая практика в сфере здоровья осуществляется в общем контексте промоции здоровья. Для современного этапа развития практики здоровья характерно наличие многофакторных экологических подходов к улучшению ее качества. Сегодня интервенции должны осуществляться одновременно на различных уровнях: макросоциальном (уровне сообществ), межличностного взаимодействия и индивидуальном.

Само здоровье является результатом совокупного действия различных системных факторов – этот этап К. Фертман с соавторами считают этапом «третьей эпидемиологической революции», так как он связан с изменениями в целях профилактических программ [170].

2. *Выбор группы для практической работы.* Следует определить группу населения, которая наиболее уязвима в свете данной проблемы и получит наибольший выигрыш от реализации программы. Здесь существует возможность выбора между интенсивными интервенциями, направленными на небольшие группы населения, и интервенциями слабой интенсивности, направленными на популяцию в целом. В зависимости от конкретной проблемы объектом внимания психолога могут стать различные по величине группы.

3. *Планирование интервенций.* Планированию интервенций предшествует тщательный процесс оценки качества жизни людей, характеристик целевой группы и ее окружения.

4. *Использование теоретически обоснованных методов отбора.* Методы отбора должны соответствовать целям программы.

В табл. 8.1 приводятся некоторые принципы отбора теорий, полезных для различных уровней реализации программы.

Таблица 8.1

Теоретические основы психологической практики в сфере здоровья

Уровень интервенции	Используемая теория	Фокус рассмотрения
1	2	3
Индивидуальный	Модель убеждений Теория целенаправленного поведения Транстеоретическая модель поведенческих изменений	Индивидуальное восприятие риска Индивидуальные оценки поведения и собственных способностей

1	2	3
Интерперсональный	Теории социальных сетей и социальной поддержки Социально-когнитивная теория Модель IBM	Рольевые модели поведения Уровень и виды социальной поддержки Групповые нормы поведения, интересы и ценности
Популяционный	Теории коммуникации Модель диффузии инноваций	Контекст и формы коммуникации, социальные репрезентации Социальные нормы Модели здоровья и болезни в культуре

5. *Использование различных методов оценки эффективности программы.* Данный принцип практической работы в профилактике здоровья применяется как в ходе ее осуществления, так и после завершения (параграф 8.3).

6. *Экологический подход.* Согласно экологическому подходу, психологическая практика должна воздействовать не только на индивида, но и на окружающую среду. Следует учитывать и социальный контекст, в котором работа будет осуществляться. Например, если индивид принял решение отказаться от рискованного поведения, он может столкнуться с различным отношением окружающих – от безоговорочной поддержки до осуждения и противодействия. Специалисты системы здравоохранения также испытывают влияние со стороны социального окружения, которое может способствовать или препятствовать их работе. Таким образом, при планировании практических мероприятий необходимо учитывать социальный контекст, в котором они будут осуществляться, и тот факт, что поведение индивида представляет собой результат его непрерывного взаимодействия с окружением.

Выделяют следующие уровни психологической практики в сфере здоровья:

- уровень «лицом к лицу» (диадическое взаимодействие). Уровень подразумевает как психотерапевтическую, так и образовательную практику. Интервенции на этом уровне в наибольшей степени соответствуют запросам клиники, а не профилактики;
- уровень «малая группа». На этом уровне используются рольевые игры, коллективные дискуссии, лекции, группы само-

помощи, группы профессионалов (на которых, например, рассматриваются актуальные вопросы реализации профилактических программ). Группы могут быть как искусственно созданными, так и естественными. Полезность таких интервенций заключается в том, что одни члены группы могут выступать «моделями» для других участников;

- уровень «организация». Данный уровень представляет собой организацию, при которой непосредственно осуществляется профилактическая программа, либо организацию, отвечающую за реализацию данной программы;

- уровень «сообщества». Такие интервенции обычно включают в себя несколько компонентов: скрининг, образовательные воздействия посредством СМИ, социальный маркетинг. При этом речь может идти и о профессиональных сообществах (например, о сообществе педагогов);

- «макросоциальный уровень». Действия на этом уровне подразумевают изменение социальной политики, установление правил, регулирующих норм (например, поведения, относительно связанного со здоровьем).

Профессионалы как целевая группа психологической практики

Практическая деятельность психолога в сфере здоровья часто носит не столько психотерапевтический, сколько методический характер. Это значит, что психологи работают не только с потребителями медицинской помощи, но и со специалистами – педагогами, медицинскими и социальными работниками, журналистами, менеджерами, государственными служащими. До сих пор психологическим факторам, определяющим степень и эффективность участия врачей, психологов, педагогов в профилактических программах, уделялось недостаточно внимания.

Г. Кок и Г. Шолма считают, что некоторые теоретические модели здорового поведения вполне могут быть использованы для того, чтобы совершенствовать поведение профессионалов. Например, степень вовлеченности школьных учителей в программы профилактики ВИЧ-инфекции определяется влиянием коллег, предварительной оценкой реакции учеников, воспринимаемой самоэффективностью, а также собственным отношением педагогов к сексуальному поведению. При этом документально зафиксированная эффективность программы не имеет для них решающего значения. Полученные белорус-

ским психологом Т. В. Меркушовой результаты позволяют сделать вывод о склонности учителей рассматривать основные факторы здорового поведения либо в контексте личностных особенностей учащихся, либо в связи с влиянием семьи и микросоциального окружения. Такая позиция приводит к росту скептицизма профессионалов в отношении собственных возможностей и обуславливает их недостаточную активность в сфере профилактики заболеваний. С. Дэлтон и соавторы отмечают, что характерные для специалистов «нарративы здоровья» влияют на уровень их фрустрации в профессиональной деятельности. Были выделены три модели, в рамках которых обсуждалось здоровье: 1) «индивидуальный или семейный стиль жизни»; 2) «социальная среда»; 3) «жизнь – это борьба» (ориентация на данную модель связана с более высоким уровнем фрустрации, чем ориентация на две первые модели, поскольку способствует восприятию профессиональной деятельности как «сражения» с людьми, практикующими рискованное поведение) [67, 170, 172].

Представления профессионалов о целевой аудитории определяет выбор методов работы. Это было показано в проведенных нами исследованиях исторической динамики медицинского просвещения в бывшем СССР. Поскольку в период 1917–1950 гг. типичными были оценки населения как недостаточно грамотного и осведомленного, методы медицинского просвещения были ориентированы на его информирование с элементами наглядных демонстраций, развлечения (санитарные театры, музеи, лабораторные опыты). В определенной степени они сопоставимы с используемыми в школах дидактическими приемами. Начиная с 1960-х гг., когда недостаток личной культуры и мотивации стали рассматриваться как основные причины рискованного поведения, роль указанных выше методов уменьшилась, преподносимая населению информация о здоровье стала более научнообразной, но в то же время добавились скрытые методы социального осуждения (человека не осуждают лично, но постоянно подчеркивают, что для зрелых людей характерно здоровое поведение).

8.2. Практические методы психологии здоровья

Существуют различные подходы к описанию практических методов психологии здоровья. Например, Л. Бернард и

Э. Крупат выделяют когнитивно-бихевиоральные, эмоциогенные и соревновательно-вознаграждающие методы.

Когнитивно-бихевиоральные методы позволяют, во-первых, выработать у индивида навыки безопасного поведения или навыки прекращения рискованного поведения; во-вторых, получить навыки принятия правильных (в пользу здоровья) решений в ситуации неопределенности. Проанализировав различные концепции здорового поведения, К. Эварт делает вывод о том, что здоровое поведение становится привычным, постоянным, когда достаточно часто приводит к желаемым результатам и в целом соответствует образу жизни и привычкам людей, с которыми индивид взаимодействует (соответствует контексту). В связи с этим наиболее эффективным способом борьбы с опасными привычками будет не столько устранение этих привычек, сколько замена их на более здоровые. Рекомендуемые индивиду виды здорового поведения должны приводить к значимым положительным эффектам, сопоставимым с прежними эффектами, и он сможет осуществлять их в своем привычном окружении. Повышение мотивации, компетентности и социальной поддержки является главным фактором позитивных изменений [153].

Эмоциогенные методы чаще всего направлены на изменение поведения реципиентов, а также на их отношение к здоровью за счет вызывания страха перед определенными болезнями или их последствиями. В то же время эти методы подразумевают формирование позитивного отношения к безопасному поведению [129].

Соревновательно-вознаграждающие методы, по мнению Л. Бернарда и Э. Крупата, основываются на использовании принципов поведенческой психологии (подкрепления) и социального сравнения.

Известные психологи Д. Маркс, К. Виллиг, Б. Эванс предлагают разделять практические подходы психологии здоровья на следующие виды: информационный, усиления самоконтроля, коллективных действий (изменений) [173].

Информационный подход в наибольшей степени опирается на модели безопасного поведения, рассмотренные нами, и подразумевает активное использование методов медицинского просвещения.

Подход усиления самоконтроля призван обучить людей навыкам разумного выбора поведенческих альтернатив – в результате подобного выбора у них усиливается чувство, что

именно они управляют своим здоровьем. При данном подходе широко используются когнитивно-бихевиоральные техники. Уязвимым его местом является недостаточная власть людей над своими чувствами, чтобы «делать выбор в пользу собственного здоровья» (кроме того, не всегда рациональный и моральный выбор оправдывает себя). Опыт применения профилактических программ, основанных на рассмотренных когнитивно-бихевиоральных и социально-когнитивных моделях, позволил определить следующие условия успеха интервенции:

- добиться сильных позитивных интенций и аттитюдов в отношении желательного поведения;
- уменьшить сложность преподносимой индивиду информации относительно рисков и поведения;
- уменьшить социальные и индивидуальные барьеры;
- вознаграждать желательное поведение;
- использовать нормативное влияние со стороны окружения;
- учитывать, что желательное поведение должно находиться в соответствии с «Я-концепцией» индивида и особенностями его социального окружения;
- добиваться того, чтобы желательное поведение было связано с позитивными эмоциями;
- использовать дополнительные стимулы для активизации желательного поведения.

Подход коллективных действий (изменений) основывается на привлечении общественных объединений, городских и сельских сообществ к решению проблем, которые могут привести к болезням. Этот подход обеспечивает большую точность интервенций, так как члены общины лучше знают свои нужды, и позволяет привлечь ресурсы сообщества. Он также способствует усилению коллективной самоэффективности. В свою очередь российские психологи и валеологи (Г.С. Никифоров, Э.Н. Вайнер) указывают на необходимость развития определенных личностных качеств, которые будут способствовать здоровью или по крайней мере помогут сделать выбор в его пользу в различных обстоятельствах.

8.3. Оценка эффективности психологической практики в сфере здоровья

Одной из наиболее сложных проблем прикладной психологии здоровья является выработка адекватных критериев эф-

фективности интервенций и соответственно практической полезности тех или иных теоретических концепций. До сих пор эта проблема в отечественной науке остается нерешенной. Заметим, что если оценивать успех профилактической программы только по критерию улучшения биологических или индексных показателей общественного здоровья, то он, возможно, проявит себя лишь через значительное время. По мнению Г.И. Царегородцева и И.А. Гундарова, формирование здорового образа жизни не может предоставить немедленную отдачу (на протяжении одного поколения). При оценке программы необходимо рассматривать не столько биологические, сколько косвенные, психологические и социальные, показатели общественного здоровья, которые будут способствовать успеху любого профилактического мероприятия.

Оценка программы должна проводиться совместно юристами, экономистами, педагогами, врачами, психологами и социологами. Непосредственной задачей психолога является определение:

- изменений в поведении и отношении людей, а также их знаний и убеждений относительно здоровья;
- степени психологической обоснованности и целесообразности методов профилактики;
- отношения к профилактической программе субъектов и объектов воздействия.

Значительную сложность представляет *выбор адекватной методологии оценки программы*. Разработанный У. Терстоном с соавторами подход широко используется в сфере здравоохранения. Его конечной целью является построение логической модели программы на основе следующих показателей:

- оценки согласованности целей и действий по их выполнению;
- определения основных специалистов, заинтересованных в оценке программы;
- выделения индикаторов успешности проекта;
- проведения качественного и количественного анализа документов, имеющих отношение к программе (приказы; нормативные документы; отчеты; анкеты; планы занятий; информационно-пропагандистские материалы – листовки, визитки, плакаты, брошюры);
- проведения интервью с основными участниками проекта (хорошие интервью являются особенно эффективными для изучения повседневных медицинских практик; их результаты помогают оценить, как на деле работают заложенные в основу программы принципы).

Итоговая логическая модель должна воедино связывать задачи, которые ставятся для решения данных проблем, средства их достижения, выбранные участниками проекта, индикаторы успеха, полученные результаты (в том числе и непредвиденные) и рекомендации. В итоге могут быть обнаружены как наиболее сильные стороны программы, так и ее пробелы, упущенные возможности, барьеры.

В последнее время при обсуждении эффективности программ промоции здоровья все большей критике подвергается *экспериментальный подход*. Его называют нерелевантным для сферы общественного здоровья: 1) невозможно контролировать все зависимые переменные; 2) часто происходит смешение экспериментальной и контрольной групп. Предполагается, что *качественные, феноменологические методы* позволяют лучше понять установки и ценности в сфере здоровья и те процессы, которые происходят на различных уровнях. Необходимо перейти к более широкому исследованию политического, социального и экономического контекста. Качественная оценка любой программы подразумевает оценку стратегии, исполнения и результата (табл. 8.2).

Таблица 8.2

Важнейшие компоненты оценки эффективности программы

Показатель	Компоненты оценки эффективности программы
Стратегии	Теории, используемые для обоснования стратегий
Исполнение	Системный анализ процесса изменений
Результат	Обоснованное использование индикаторов

Рассмотрим всегда возникающую **проблему манипуляции в психологической практике**. Вопрос о том, насколько этично и законно воздействие одного человека на другого с целью его «изменения» или «улучшения», до сих пор является предметом дискуссий. В 1920-е гг. основной социальный запрос человека к наукам (как в бывшем СССР, так и за рубежом) заключался в необходимости решения широкого круга практических задач – от отбора квалифицированных кадров до воспитания детей. А.М. Эткинд, анализируя развитие прикладной психологии, пишет, что новая психология – это наука о перделке человека: «главным и единственно важным признается процесс развития под влиянием внешних условий

... Переделать можно все, вплоть до физиологической природы организма» [114]. Однако интересы заказчика и человека – объекта воздействия не всегда совпадают. В психологии здоровья эта проблема обсуждается в нескольких аспектах: противоречие между индивидуальным и социальным благом; свободой выбора поведения и нормативностью; наукой, политикой, экономикой и моралью.

Наиболее актуальными задачами развития психологической практики в сфере общественного здоровья являются:

- развитие теоретических подходов к профилактике заболеваний, которые бы наряду с индивидуально-психологическими учитывали социально-психологические факторы поведения и отношения к здоровью, а также были бы направлены на описание динамики желательных изменений;
- психологическое консультирование профессионалов, занимающихся разработкой и реализацией профилактических программ;
- разработка технологий оценки эффективности психологических интервенций.

ГЛАВА 9. ПИТАНИЕ И ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

На протяжении всего существования цивилизации человечеству приходилось бороться с проблемой голода, поэтому при оценке пищи наиболее важными качествами были ее доступность, количество, калорийность и свежесть. В XX в. люди стали уделять внимание взаимосвязи конкретной диеты и здоровья. Представления о полезной и вредной пище постепенно изменялись. Существенный вклад в формирование культуры питания внесли результаты эпидемиологических исследований, направленных на выявление факторов развития сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний (глава 2).

В последнее десятилетие актуальными вопросами психологии питания являются:

- психологические факторы, определяющие выбор рациона питания и количество потребляемой пищи;
- проблемы контроля веса;
- роль питания в процессах нормального и патологического социального взаимодействия, а также в развитии психосоматических расстройств;
- психологические аспекты разработки программ по стимулированию здорового питания.

9.1. Психологические факторы пищевого поведения

Рацион питания и здоровье

Наиболее важными для здорового питания являются фрукты и овощи, сложные углеводы, незначительное количество жиров. Физиологические принципы формирования любого рациона питания заключаются в обеспечении организма калорийной пищей, соответствующей возрасту, полу, роду занятий человека; в удовлетворении его хотя бы минимальной потребности не только в белках, жирах и углеводах, но и в солях, витаминах и микроэлементах. При этом стоит учитывать, что не только недостаток, но и избыток, например, витаминов может повредить здоровью.

Эмпирические данные о взаимосвязи употребления конкретных видов продуктов и физического благополучия человека противоречивы. Возможно, в каждом географическом регионе существует свой тип «здоровой диеты». М.Коннер и К.Дж. Армитейдж считают, что сложно оценить, каким образом употребление того или иного продукта влияет на соматическое благополучие, поскольку различные составляющие рациона питания взаимосвязаны.

Контроль рациона питания является важной и сложной задачей. Эмпирические исследования свидетельствуют, что даже новорожденные дети выбирают определенную пищу. Например, сладкую еду они предпочитают горькой. Скорее всего это предпочтение является не столько врожденным, сколько приобретенным. Г. Бошам и М. Моран показали, что на отношение маленьких детей к сладкой пище влияет опыт ее употребления: дети, получавшие в течение шести месяцев подслащенную воду, характеризовались значительно более высокой степенью предпочтения сладкого по сравнению с детьми из контрольной группы [202].

Выделяют следующие требования к здоровому питанию [21; 202]:

- широкий набор фруктов и овощей (пять и более видов в день);
- хлеб, макаронные изделия из твердых сортов пшеницы (при этом предпочтительными являются сложные углеводы);
- умеренное количество мяса и рыбы – предпочтительно с низким содержанием жиров;

- умеренное количество молока и молочных продуктов – желательно с низким содержанием жиров;
- незначительное потребление жирных и сладких продуктов.

Согласно *эволюционному подходу*, пищевое поведение направлено прежде всего на выживание живого существа. Так, в теории оптимальной диеты утверждается, что ценность пищевого продукта для человека определяется соотношением энергии, которую приносит его потребление, с энергией, необходимой для его добывания и усвоения. Эта теория в основном проверялась в исследованиях на животных и на представителях культур, которые характеризуются преобладанием физического труда и недостатком пищевых ресурсов. Несмотря на логичность положений данной теории, ее возможности весьма ограничены. Во-первых, в ней не учитываются иные (помимо энергетической ценности) характеристики пищи: вкус, культурное значение и др. Во-вторых, в наше время людям, живущим в развитых странах, крайне редко приходится прикладывать значительные усилия для поиска, приобретения и приготовления продуктов. В-третьих, вызывает сомнение способность человека самостоятельно оценить соотношение затрат и потребления энергии.

Исследования в рамках эволюционного подхода также направлены на изучение питания в различные периоды развития человечества. Выделяют четыре таких периода: 1) охоты и собирательства; 2) аграрный; 3) индустриальный; 4) постиндустриальный (соответствующий нашему времени). Сторонники данного подхода утверждают, что характер питания современного человека не соответствует его эволюционному прошлому и это является причиной различных болезней, включая ожирение. Имеется в виду излишнее потребление термически обработанной пищи, сахаросодержащих продуктов, специй, мяса.

Д. Маркс с соавторами отмечают, что 99,5 % всего периода эволюции человека приходится на период охоты и собирательства. Следовательно, тип питания, характерный для этого времени, наиболее соответствует биологическим потребностям человека. С появлением аграрного общества у человека увеличились возможности контролировать заболевания и оказывать помощь больным, но одновременно рацион его питания стал менее разнообразным, а в пищу стало употребляться меньше сырых продуктов. Это способствовало развитию за-

«Складывается такое впечатление, что человек, самое одомашненное млекопитающее, вновь вынужден выбирать путь дальнейшей эволюции системы регулирования питания. Чувство насыщения более не является надежным защитником от переедания, а голод – надежным защитником от неполноценного рациона ... В том, что касается диеты, человек, несмотря на весь свой культурный консерватизм в вопросах питания, слишком адаптивен, чтобы безопасно, исходя из ... собственного влечения к той или иной пище, выбирать себе правильный рацион питания [112].

болеваний желудочно-кишечного тракта, остеопороза, других нарушений. С развитием промышленности человечество перешло к массовому производству продуктов питания, значительную долю в котором начали составлять готовые продукты и полуфабрикаты. Консерванты, искусственные добавки, а также специи стали обычным «дополнением» к еде, так что многие из нас сейчас слабо представляют себе вкус «натуральных» продуктов. В постиндустриальных обществах увеличилась доступность многих продуктов, но питание человека все меньше соотносится с его естественными потребностями. Пища все больше связывается с

процессами получения удовольствия, самоконтроля и утверждения своей социальной идентичности. Вместе с тем обозначенная представителями эволюционного подхода проблема энергетического дисбаланса и физиологической обоснованности рациона питания остается актуальной и по сей день [173].

Психофизиологические модели пищевого поведения описывают механизмы возникновения голода и насыщения, процессы регуляции питания в кратковременной и долгосрочной перспективе, влияние ощущений на выбор пищи, взаимосвязь стресса и питания. Хотя *чувство голода* прежде всего зависит от физиологических процессов – изменения жирового обмена, снижения доступности глюкозы (так называемые «сокращения пустого желудка»), на него влияют и другие факторы: характеристики самой еды (степень ее привлекательности для человека), стимулы внешнего окружения (которые могут вызвать желание есть даже при наличии достаточного количества питательных веществ в организме), эмоциональное состояние человека (стресс) и когнитивные процессы (установки по отношению к еде). После употребления определенного

количества пищи наступает *насыщение*, которое определяется суммарным действием нескольких процессов. Различные виды продуктов по-разному влияют на это состояние, т.е. обладают различной силой насыщения. Бланделл и Роджерс отмечают, что помимо характеристик самой еды на насыщение влияют физиологические процессы организма и когнитивные факторы.

Сенсорный механизм насыщения заключается в том, что приятные ощущения, связанные с определенным видом пищи, постепенно уменьшаются в процессе еды. Как показали эмпирические исследования (Роллс и др.), это приводит к уменьшению потребления данного вида пищи или пищи с похожими характеристиками.

В 1981 г. Роллс с соавторами в одном из опытов предложили участникам эксперимента оценить вкус различных блюд в начале еды, а затем через две минуты после окончания ее приема. Было обнаружено значительное уменьшение привлекательности как тех продуктов, которые человек только что ел, так и продуктов, похожих с ними по характеристикам.

Когнитивный компонент насыщения выражается в представлении человека о свойствах пищи и ее влиянии на организм. Авторы указывают, что у каждого человека имеются индивидуальные представления о приемлемых размерах порций в различных обстоятельствах (дома, в гостях, по утрам, на работе и т.д.).

После поглощения пищи начинается выработка гормонов в 12-перстной кишке, растягиваются стенки желудка, стимулируются рецепторы вдоль кишечника. Все это также приводит к возникновению чувства насыщения. После того как питательные вещества попали в кровь, они также воздействуют на организм, стимулируя чувство насыщения.

Предполагается, что *пищевое поведение человека регулируется работой гипоталамуса*. Он играет важную роль в процессах формирования голода и насыщения, а также определяет размер предпочитаемой порции. Доказано, что при поражении латеральных областей гипоталамуса наблюдается резкое снижение потребления пищи, а при поражении его медиальных отделов – резкое увеличение.

Физиологи указывают на *кратковременные и долговременные механизмы регуляции питания*. Кратковременные механизмы регулируют потребление пищи в соответствии с нашими актуальными потребностями, а долговременные позволя-

ют компенсировать временную неадекватность рациона питания. Например, в экспериментах показано, что животные, которые получали избыточное количество пищи, при прекращении манипуляций ели меньше, чем животные из контрольной группы. Возможно, именно действием долговременных механизмов следует объяснять тот факт, что переставшие придерживаться диеты люди, как правило, потребляют больше пищи, чем люди, которые не ограничивали себя в еде. Пищевая депривация не только может способствовать увеличению количества потребляемых продуктов, но и усилить роль вкуса в процессе их отбора. Показано, что диеты с исключением определенного продукта вызывают у человека повышенное желание употребить именно его [202].

Для психолога достаточно важной является оценка *роли стресса в пищевом поведении*.

В этом плане очень интересен Миннесотский эксперимент по изучению голодания (Э. Кейс и др.). Во время Второй мировой войны 36 человек (пацифистов, сознательно отказывающихся от участия в боевых действиях) приняли участие в эксперименте по изучению голодания. После того как в течение двух недель были определены нормальные для испытуемых вес и рацион питания, они были переведены на диету, позволяющую получить лишь половину суточного количества калорий. При этом соблюдалось правило о достаточном обеспечении организма белками, жирами и углеводами. Активная фаза эксперимента длилась 24 недели. Сначала потеря веса была быстрой, а настроение участников оставалось хорошим. Однако затем этот процесс замедлился: чтобы вес продолжал снижаться, некоторым из участников пришлось получать 1/3 от привычного количества калорий в день. Когда масса тела испытуемых составила 75 % от первоначальной, стали заметны серьезные изменения в их поведении и психическом состоянии. Некоторые стали проявлять физическую агрессию, другие стали апатичными и отмечали у себя потерю интереса к сексуальным отношениям. Психические изменения, определяемые при помощи Миннесотского многофакторного личностного опросника, показали значительное увеличение по шкалам депрессии, истерии и ипохондрии [129].

Переживание стресса может как стимулировать, так и блокировать потребление пищи, а также определять пищевые предпочтения. Например, в исследовании Оливера и Уордла (1999) респонденты указали, что в состоянии стресса они в основном потребляют фастфуд (снеки) и мало нормальной еды (73 %). С другой стороны, хорошо известно, что у депрессивных пациентов значительно снижается аппетит, что вроде бы противоречит гипотезе стресса. Анализ достаточно проти-

воречивых эмпирических данных о связи стресса и питания позволил Грино и Уинчу сделать следующие выводы: все разработанные на сегодняшний день подходы в данной области опираются на представления либо об общем неспецифическом воздействии стресса, либо о наличии у определенных групп людей особой реакции на него.

Модель общего воздействия объясняет изменения в питании физиологическими изменениями в организме. Согласно *модели специфического воздействия*, питание различных групп людей по-разному связано с состоянием стресса. В этом смысле особенно важным представляется сравнение групп людей с различной массой тела: страдающие ожирением и здоровые; с различной степенью самоограничения в еде; женщин и мужчин; групп людей с внешним и внутренним типом питания; склонных и не склонных к эмоциогенной еде.

Считается, что стресс в большей степени влияет на питание людей, страдающих ожирением. Это влияние объясняется неумением тучных людей разграничивать физиологическое чувство голода и психологическое чувство беспокойства, их неспособностью правильно оценивать интероцептивные стимулы. Грино и Уинч проанализировали результаты одиннадцати исследований, организованных для проверки данного предположения, и пришли к выводу, что они противоречивы (шесть в поддержку гипотезы и пять – против нее). Возможно, что и питание людей, придерживающихся диеты, более подвержено влиянию стресса, так как в состоянии стресса ослабляется самоконтроль [51].

Коннер, Фиттер и Флетчер использовали метод дневников, в которых испытуемые должны были отмечать повседневные стрессоры, оценивать их серьезность, а также отмечать случаи «перекусов» между основными приемами пищи. Оказалось, что увеличение количества стрессоров приводит к увеличению количества промежуточных приемов пищи. При этом склонность человека начинать прием пищи под действием внешних стимулов (внешнее питание) опосредовала взаимосвязь стресса и перекуса: чем выше была склонность к внешнему питанию, тем более сильной была связь стресса и «перекуса» [51].

Психофизиологический подход также предполагает рассмотрение связи сенсорных характеристик пищи и ее предпочтения. Доказано, что дети предпочитают пищу со сладким вкусом, однако в действительности не только вкус влияет на пищевые предпочтения. Х. Шиффман пишет о так называемом «букете» ощущений, связанных с определенной едой. По-

мимо вкуса этот букет включает аромат, температуру, цвет пищи и даже звук, издаваемый при ее пережевывании. Таким образом, в соответствии с психофизиологическим подходом либо сенсорные характеристики самой пищи, либо их сочетание являются важнейшими факторами, влияющими на процесс еды.

Пищевые предпочтения могут быть рассмотрены и как *результат процесса научения*. Это означает, что на выбор ребенка влияют особенности его кормления в раннем возрасте, наблюдение за поведением родителей, друзей, других значимых персонажей из его жизни, а также «подкрепления», связанные с едой, которые ребенок получает от взрослых [202].

Классическое научение. Согласно *принципу экспозиции*, дети с подозрением относятся к новой пище, что объясняется инстинктом безопасности: незнакомая пища рассматривается как источник угрозы для здоровья. По мере накопления опыта приобретается так называемая «выученная безопасность». Действительно, боязнь новой пищи снижается с возрастом, когда ребенок получает возможность познакомиться с ее различными видами. Таким образом, данная гипотеза указывает на склонность человека (по крайней мере в детстве) предпочитать знакомую пищу. При этом знакомство ребенка с определенными вкусами начинается еще до его рождения. Например, в экспериментах Миннелла с соавторами (2001–2002) было доказано, что младенцы позитивно реагировали на добавление к их пищевому рациону моркови, если матери ели этот продукт в период беременности или грудного вскармливания [51].

Помимо простой экспозиции сочетание различных стимулов может значительно повлиять на пищевой выбор – например, вкус, который человек многократно ощущает одновременно с предпочитаемым вкусом, также начинает нравиться. (Различные подсластители способствуют предпочтению всех видов пищи, с которыми они смешиваются.) Возможно и аверсивное научение, когда у человека надолго (если не навсегда) вырабатывается отвращение к той пище, что вызвала неприятные ощущения (например, тошноту и рвоту). Подобное научение возможно в любом возрасте. Например, показано, что у онкологических пациентов, проходящих химиотерапию, возникает отвращение к той пище, которую они употребляли в то время, когда страдали от тошноты [112].

Социальное научение. В исследованиях (начиная с работы Дункера, 1938) было показано, что дети охотнее принимают определенную пищу, если видят, как это делают старший ребенок, родитель, герой мультфильма. Модель социального научения актуальна для объяснения не только нормального, но и патологического пищевого поведения (например, склонности к излишнему употреблению пищи в стрессовых ситуациях или к ограничению себя в еде). В нескольких исследованиях было показано сходство моделей питания ребенка и матери, причем это касалось как ограничения в еде, так и переедания. Оказалось, что пятилетние девочки, матери которых отличаются нездоровым пищевым поведением, также испытывают проблемы с весом. Именно матери формируют представления детей как о приемлемом весе, так и о приемлемом способе питания. При этом речь идет не только о косвенном, но и о прямом влиянии. Исследования Фрэнсис и Бирч (2005) показали, что матери, имеющие лишний вес, склонны к ограничению питания своих дочерей. Не только количество и состав пищи, но и обстановка ее приема являются продуктом социального научения. С детства человек приучается есть в определенной обстановке, узнает, какие периоды времени приемлемы для употребления пищи [20].

С точки зрения модели **оперантного научения** большую роль играет вознаграждение «правильного» пищевого выбора либо рассмотрение еды как подкрепления. Эксперименты, в частности, показывают, что выбор еды как подкрепления повышает ее привлекательность и в других ситуациях. Предполагается, что вознаграждать ребенка за «правильную» еду можно только в том случае, если сам контекст вознаграждения является положительным, а «правильная» еда *не представляется* родителями как малоценная. Тем не менее вознаграждение является более важным по сравнению с запретом, поскольку запреты могут способствовать увеличению привлекательности «вредной» еды и соответственно росту ее потребления [202].

В исследованиях Огден с соавторами было показано различное влияние скрытого и открытого контроля на пищевое поведение детей. Скрытый контроль выражался в том, что родители стремились не показывать детям нездоровую пищу, не покупать ее и не приносить домой, открытый – в ограничении потребления ребенком определенной еды. Оказалось, что скрытый контроль приводит к уменьшению потребления нездоровой

вой пищи, а открытый – к увеличению. Таким образом, предполагается, что именно родители играют наиболее важную роль в формировании пищевых предпочтений детей (хотя не всегда делают это осознанно).

Также для объяснения пищевых предпочтений используются описанные уже знакомые нам модели безопасного поведения (модель убеждений, теория мотивации самосохранения, теория целенаправленного поведения и пр.). Предполагается, что воспринимаемый риск и серьезность последствий являются важными предикторами пищевого поведения, а воспринимаемый контроль – фактором успешной регуляции массы тела. Однако ограничение использования данного подхода связано с данными эмпирических исследований, в которых было показано наличие амбивалентных аттитюдов в отношении многих видов пищи. Эти противоречивые установки сложно учесть в рамках данных моделей [202].

М. Коннер и К. Дж. Армитейдж, обобщив данные многочисленных проверок моделей безопасного поведения в сфере питания, пришли к следующим выводам: теории обоснованного действия и запланированного поведения позволяют с достаточной уверенностью предсказывать намерения в отношении питания (от 28 до 47 % объясненной дисперсии), однако не само пищевое поведение (18 % объясненной дисперсии). Такие компоненты модели убеждений, как воспринимаемая польза и издержки, связанные с употреблением здоровой пищи, в целом являлись прогностически важными для пищевых предпочтений. Критики данной модели утверждают, что, хотя имеются корреляции между отдельными компонентами модели и пищевым поведением, они невысоки ($r < 0,21$). Кроме того, в различных исследованиях изучались различные компоненты модели. Достаточно убедительные эмпирические данные были получены относительно теории мотивации самосохранения. Оказалось, что особую роль играет воспринимаемая угроза и воспринимаемая полезность реакции. Наиболее интересные результаты, связанные с проверкой социально-когнитивной теории, касались поведения, направленного на контроль веса. Оказалось, например, что самоэффективность и диетическое поведение связаны реципрокными отношениями: высокая самоэффективность способствует более последовательному диетическому поведению. В свою очередь успешная диета повышает воспринимаемую самоэффективность. Что касается транстеоретической модели поведенче-

ских изменений, то, как и предполагалось, данная модель оказалась более полезной для разработки моделей поэтапного воздействия на рацион питания [51].

Социально-психологические подходы к анализу пищевого поведения. Кормление ребенка является его первой совместной социальной активностью, в процессе которой происходит его знакомство с окружающим миром и другими людьми. На протяжении всей последующей жизни множество форм межличностной коммуникации и способов самоидентификации будут связаны с приемом пищи. Как отмечает Б. Тернер, еда относится к области социальной политики, осуществляемой на микроуровне (уровне семьи). В этом смысле кормление является средством установления контроля (есть с чьих-то рук), а отказ от предлагаемой пищи – способом установления контроля [238].

Л. Смолак и К. Томпсон рассматривают, каким образом способы взаимодействия родителей и ребенка могут повлиять на пищевые предпочтения. Они отмечают, что распределение контроля между родителем и ребенком оказывает значительное влияние на питание. С одной стороны, с каждым годом жизни ребенок становится все более независимым, а с другой – ему приходится подчинять свое поведение установленным родителями правилам приема пищи. Эмпирические исследования свидетельствуют о том, что маленькие дети способны самостоятельно контролировать потребление энергии. Излишний родительский контроль снижает способность ребенка к самоконтролю во время приема пищи. Таким образом, запреты очень часто приводят к перееданию, особенно «вредной» пищи. Постепенно запреты приводят к тому, что определенные виды пищи начинают ассоциироваться с чувством вины [225].

Однако во всех рассмотренных выше моделях не рассматривается социальный и психологический смысл еды, а именно:

- еда как средство утверждения самоконтроля (над своей жизнью, над своим телом, над членами семьи);
- процесс принятия пищи как процесс социального взаимодействия;
- еда как символ социального статуса, власти;
- конфликт между здоровьем и удовольствием;
- еда как средство утверждения культурной идентичности.

Особые виды еды (шоколад, жирная пища и т.д.) могут вызывать у человека напряженный конфликт чувства вины и чувства удовольствия.

В исследовании Стептоу с соавторами (1995) было выделено несколько мотивов, определяющих выбор конкретного продукта (пищи):

- вкусовые ощущения;
- влияние на здоровье;
- удобство покупки и приготовления;
- влияние на вес тела;
- узнаваемость;
- регуляция настроения;
- естественность происхождения.
- соответствие этическим стандартам (например, отказ от продукта, произведенного в стране, где используется детский труд, или отказ по религиозным соображениям) [5].

9.2. Еда как средство контроля веса: проблема ожирения и диеты

Наиболее часто в обыденном сознании проблема контроля и регуляции индивидуального потребления пищи связывается с весом тела. Например, люди склонны полагать, что переедание является основной причиной ожирения.

Рассмотрим две основные проблемы, связанные с приемом пищи у психически здоровых людей: 1) избыточный вес; 2) бесконтрольное применение диеты (дайетинг).

Вес человека зависит от содержания воды, жира и мышечной массы. Одним из наиболее важных критериев патологического избытка веса является процент жировых отложений: у мужчин – более 10–15, у женщин – более 20–25 %. Для оценки содержания жира используется измерение толщины кожной складки при помощи кронциркуля над двуглавой и трехглавой мышцами, в подлопаточной и подвздошной области. Помимо этого общее количество жира можно определить исходя из отклонения удельного веса тела от плотности воды. Мышечную массу определяют по величине экскреции креатина либо путем радиологического измерения общего содержания калия. Однако наиболее часто для диагностики ожирения используется индекс веса тела, вычисляемый по формуле

$$\frac{\text{весс тела в кг}}{(\text{рост в м})^2}.$$

Индекс веса тела оценивается следующим образом: от 25 до 30 – избыточный вес, более 30 – ожирение. На основании результатов длительных наблюдений (проводимых страховой компанией) были выделены так называемые идеальные показатели индекса массы тела, положительно коррелирующие с наибольшей в исследуемой выборке ожидаемой продолжительностью жизни: 22 – для женщин и 24 – для мужчин [51]. Однако использование этого индекса для оценки массы тела детей без дополнительных консультаций с педиатрами может привести к ошибочному диагнозу. Кроме того, данный индекс не позволяет учитывать естественные возрастные различия.

Психологические проблемы людей, страдающих ожирением, чем бы оно ни было вызвано, в значительной степени связаны с социальными стереотипами восприятия тела. В отношении общества к людям с избыточным весом много нерационального. Подход психотерапевтов к этой проблеме также не свободен от предубеждений. И. Ялом, например, отмечает, что для него пациенты с ожирением долгое время представляли большую проблему из-за сильного негативного контрпереноса. Некоторые психотерапевты полагают, что их пациентам нужно всего лишь сбросить избыточный вес. Они предлагают им диеты и упражнения, в эффективность которых часто сами не верят.

Ожирение повышает риск заболеваний и смерти, нарушает нормальную социальную активность, заставляет полных людей презирать себя. В эмпирических исследованиях показана связь ожирения с депрессией, снижением качества жизни и нарушением образа тела. При этом женщины по сравнению с мужчинами больше недовольны своим телом, а люди, у которых ожирение возникло в возрасте до 16 лет, – больше, чем те, у которых эта проблема появилась во взрослом возрасте.

Ожирение часто пытаются объяснить биологическими причинами. Например, в близнецовых исследованиях показано, что наследственность обеспечивает 50–70 % различий в индексе веса тела гомозиготных близнецов, воспитывающихся как вместе, так и порознь. В теории метаболического обмена утверждается, что тучные люди характеризуются более низким уровнем метаболизма. Наконец, в теории жировых клеток считается, что генетическая предрасположенность к ожирению выражается в количестве жировых клеток. Так, у людей со средним весом 25–35 млрд жировых клеток по сравнению с 100–125 млрд у людей с серьезным ожирением. У людей с умеренным

ожирением количество жировых клеток такое же, как и у здоровых людей, однако эти клетки более крупные. Но следует учитывать, что человек с небольшим количеством жировых клеток еще не защищен от ожирения.

Выдвигается также предположение о том, что генетические факторы могут предопределять закономерности формирования аппетита.

Наконец, в эволюционной модели ожирения утверждается, что тучные люди в более ранние эпохи были лучше адаптированы, особенно зимой.

Окружение может в значительной степени способствовать активизации биологических факторов ожирения. Здесь можно указать на влияние рекламы и доступность высококалорийных продуктов, снижение эффективности физических нагрузок.

Дж. Огден полагает, что изолированное рассмотрение факторов окружения и биологических факторов не позволяет охватить все аспекты ожирения [202].

Психологические и поведенческие концепции ожирения.

Считается, что ожирение провоцируется *недостаточной физической активностью*. Например, в 1984 г. были опубликованы данные телефонных компаний о том, что использование телефона (в те времена лишь стационарного!) на 1 милю в год снижает суммарное расстояние, которое человек проходит пешком. Также постоянно увеличивается время, которое человек проводит перед телевизором и компьютером.

Исследования Риссанрен с соавторами (Финляндия, 1991), проведенные на выборке 12 000 взрослых в течение пяти лет, показали, что низкий уровень физической активности являлся наиболее серьезным фактором развития ожирения.

Данные близнецовых исследований (Уоллер и др.), опубликованные в 2008 г., продемонстрировали, что постоянные физические нагрузки в течение 30 лет жизни коррелировали с более низким весом и меньшей окружностью талии [202].

Пищевое поведение и ожирение. В течение 40 лет в Великобритании собирались данные о потреблении пищи в семьях. Оказалось, что в период 1950–1970 гг. потребление калорий росло, а затем снизилось, в то время как количество тучных людей повысилось. Появилось мнение, что причина ожирения не в количестве калорий, а в неконтролируемой еде, не связанной с физиологическими процессами в организме.

Показано, что у людей с нормальным весом главные стимулы к еде интернальные, отражающие обмен веществ, а у тучных людей – экстернальные, обусловленные внешними факторами (вид и запах пищи, межличностное взаимодействие и т.д.). Особую роль в развитии ожирения играет так называемая эмоциогенная еда – еда в ответ на стресс.

По данным исследователей, несмотря на то, что ожирение в обыденном сознании часто связывается с неумеренностью в еде, тучные люди едят не больше, чем худые. Тем не менее тучным людям рекомендуется избегать приема пищи, если он вызван не чувством голода, а внешними стимулами. Диета для лиц с ожирением не является наилучшим выходом, поскольку ограничение в питании нарушает нормальный механизм возникновения аппетита. Большое значение в развитии ожирения имеет употребление жиров [51].

Задача психолога при работе с пациентами, страдающими ожирением, заключается не только в том, чтобы снизить вес (для этого необходимы комплексные воздействия), а в том, чтобы скорректировать их самооценку, восстановить физическую и социальную активность. Чем сильнее выражено ожирение, тем в более интенсивной помощи нуждается человек. Например, если индекс массы тела < 27 , человеку достаточно самостоятельно придерживаться диеты и физических упражнений, а также получить короткую консультацию у терапевта. При индексе массы тела, большем или равном 30, к лечению в дополнение к этим методам присоединяется фармакотерапия, а при индексе более 40 иногда показано хирургическое вмешательство.

Использование поведенческой терапии (подкрепление правильного пищевого поведения и контроль внешних стимулов к еде) способствует устойчивому снижению веса и медленно-му ее набору.

Что касается макросоциальных интервенций, то здесь можно отметить такие приоритеты:

- запрет на продажу сладких напитков в школах;
- усиленное налогообложение «нездоровой» пищи;
- запрет рекламы продуктов питания, ориентированной на детскую аудиторию;
- создание условий для повседневной физической активности, особенно в городах (специальные бесплатные места для занятий, вывешивание рядом с лифтами и эскалаторами призывов пользоваться лестницами и т.д.).

Со страхом ожирения связана еще одна проблема – *навязчивое следование диете* (dieting). В данном случае мы имеем в виду не диету, прописанную врачом, а попытки людей ограничить себя в еде, не прибегая к советам медиков. Дать точное определение феномену «dieting» достаточно сложно. Во-первых, любой человек имеет право на то, чтобы самостоятельно определять, что и как он будет есть, и не считаться при этом больным. Во-вторых, далеко не все люди питаются рационально. Многие употребляют в пищу чрезмерное количество жирной и сладкой пищи, что способствует увеличению веса, возникновению хронических заболеваний внутренних органов. В-третьих, в исследованиях показано, что люди, которым необходимо избавиться лишь от нескольких килограммов, прибегают к таким же строгим мерам, как и люди, которые хотели бы избавиться от ожирения. При этом многие тучные люди избавляются от лишнего веса под наблюдением врача, чего нельзя сказать о придерживающихся диетам людям с нормальным и слегка повышенным весом [202].

Было разработано несколько концепций относительно того, как диета влияет на поведение и здоровье человека. Основная гипотеза такова: хотя люди пытаются прибегать к диете, чтобы меньше есть, в итоге у них развиваются приступы переедания. Почему это происходит?

Согласно *каузальной модели* (Херман, Полив, 1975–1985), диета напрямую вызывает приступы обжорства. Довольно много эмпирических данных подтверждают положения этой модели. Например, Уорд и Билс (1988) включили в свое исследование 27 женщин, страдающих ожирением. Испытуемые были разделены на три группы: придерживающиеся диеты для контроля веса, занимающиеся физическими упражнениями, а также контрольная группа. На четвертой и шестой неделях исследования проводился лабораторный тест с целью определить в граммах, какое количество пищи потребляют эти люди. Оказалось, что женщины, придерживающиеся диеты, потребляют больше пищи.

Модель границ объясняет переедание после диеты когнитивно детерминированными «границами диеты». Люди, придерживающиеся диеты, пытаются заменить физический контроль приема пищи когнитивным контролем. Например, они обдумывают, сколько пищи могут принять за один раз.

Модель когнитивного срыва рассматривает переедание при диете как результат сдвига когнитивных установок от само-

контроля к пассивности и отказу от борьбы (я не могу прекратить есть, это слишком сложно для меня). Или же человек, придерживающийся диеты, сознательно принимает решение отказаться от самоограничения. В лабораторных исследованиях было показано наличие у людей, придерживающихся диеты, «бунтарских» суждений, т.е. переедание рассматривается как протест против депривации.

Модель изменения настроения рассматривает переедание как попытку поднять настроение за счет еды. Таким способом маскируются некие глубокие личностные проблемы. Экспериментальные исследования продемонстрировали, что люди, придерживающиеся диеты, едят больше, чем контрольная группа в случае тревоги, независимо от вкуса пищи. У людей, придерживающихся диеты, переедание является средством маскировки дисфории и не связано с сенсорными аспектами пищи.

Модель отрицания опирается на теорию иронических процессов в «ментальном контроле Вегнера». Как известно, идея не переедать или есть определенную пищу, является центральной среди когниций человека, придерживающегося диеты. Эти люди рассматривают еду в терминах запретов, и у них наблюдается излишняя озабоченность по отношению к вопросам еды. В связи с этим интересны результаты исследования прямых и косвенных оценок высококалорийной пищи. Оказалось, что косвенные оценки являются более позитивными. Сотенс с соавторами (2006) провели эксперимент по подавлению мыслей, связанных с едой. Люди, склонные к срывам во время диеты, отличаются сильной склонностью к подавлению мыслей (после подавления мыслей думают о еде гораздо больше, чем раньше).

В теории бегства (избегания), сформулированной в 1991 г. Хаттертоном и Баумейстером, утверждается, что индивиды, склонные к перееданию, предъявляют к себе чрезмерно высокие требования. Результатом этого являются сниженная самооценка и настроение. Соответственно такие люди стремятся избегать состояний, где наблюдается высокая степень самоконтроля (самосознания). Это приносит им облегчение, но в результате опять же приводит к перееданию.

В модели переедания как рецидива переедание сравнивается с аддиктивным поведением. Предполагается, что люди с зависимостями оценивают свое поведение по принципу «все или ничего», а когда у них происходит срыв, они считают, что

им уже ничего не поможет. Эти параллели с аддитивным поведением подтверждаются эмпирическими данными: и у людей с зависимостями, и у людей, придерживающихся диеты, переход от единичной ошибки к полному срыву связан с внутренними атрибутами ошибки (например, «я – ничтожный человек») [202].

Основания для выделения в качестве отдельного психопатологического синдрома навязчивого следования диете заключаются в следующем:

- диета у многих людей вызывает состояние стресса и страх поправиться;

- не все способны постоянно ограничивать себя в еде. В результате человек то сбрасывает вес благодаря диете, то снова набирает его из-за приступов булимии;

- диета нарушает нормальный механизм формирования аппетита. Как показали исследования, резкие колебания веса тела вредны для здоровья. Следует помнить, что ни одна диета не поможет радикально изменить ваш вес (Уордл, 1995; 1997).

Диета может повлиять на привычный для человека фон настроения. Об этом свидетельствуют результаты рассмотренного выше эксперимента Кейса с соавторами (1950). Уоррен и Купер (1988) показали, что диета парадоксальным образом может вызвать у человека потерю чувства контроля над едой и повышение чувства озабоченности этими вопросами.

Диета вместо снижения веса тела приводит к его колебаниям. Например, в некоторых исследованиях было явно, что диета является существенным предиктором набора веса тела.

Теория ограничения в еде не может ответить на ряд вопросов: почему она не действует в случае нервной анорексии, когда человек от ограничений в еде переходит к почти полному голоданию и многим больным удается избежать срывов? как удастся вегетарианцам не есть мяса? как многим людям удастся успешно преодолевать тяготы диеты?

Чтобы ответить на эти вопросы, Дж. Огден предлагает использовать двухфакторный подход к оценке ограничений в еде. Она утверждает, что всех людей, придерживающихся диеты, можно разделить на две группы – успешных и неуспешных. На возможность успешно следовать диете влияют личностные характеристики – например, воспринимаемый контроль и т.д. [202].

Следование диете позволяет достичь сразу двух социально одобряемых целей: стройной фигуры и контроля над телом.

Однако телесный идеал, к которому стремятся многие люди, ограничивающие себя в еде, подразумевает отречение от уникальности собственного тела и его негативную оценку. Диета не только модное увлечение, но и доходный бизнес, который в США приносит около 50 млрд долларов прибыли в год, поэтому не всем сообщениям об эффективных способах коррекции фигуры следует доверять.

«Если вы любите азот, попросите аптекаря налить вам полный бидон и потягивайте его через соломинку у стойки, где торгуют газированной водой. Только не надо думать, что можно примешивать все эти вещества к вашей пище. В обыкновенных кушаньях, которые мы едим, нет никакого азота, фосфора или белка. В каждом приличном доме хозяйка смывает всю эту дрянь в кухонной раковине, перед тем как подать пищу на стол». *С. Ликок*

Дж. Огден полагает, что «индустрия диеты» создает у людей потребность в собственном существовании тремя основными способами:

1) закрепляет стереотипы, связанные с размерами тела, т.е. способствует распространению убеждения в том, что худоба (пониженный вес) – это оптимальное состояние человеческого тела;

2) распространяет убеждение в том, что диета всегда поможет человеку изменить свое тело;

3) спектр применения диеты смещает фокус внимания с полных людей на людей, кото-

рые только чувствуют себя полными (например, в некоторых руководствах по диете подчеркивается, что, если человек ощущает себя полным, значит, его тело старается что-то сказать ему).

Интересно, что признание обществом проблемы патологической диеты (излишней приверженности диетам) приводит пока лишь к появлению их более изощренных форм – «здоровой еды» или «хорошей диеты».

Стимулируя программы здорового питания, следует помнить о том, что медицинская информация касается в основном питательных веществ, в то время как люди покупают еду.

ГЛАВА 10. ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ И ЗДОРОВЬЕ

Физическая активность является важным фактором здоровья человека. Наиболее опасными последствиями недостаточ-

ной физической активности являются заболевания сердечно-сосудистой системы (ишемическая болезнь сердца, гипертония), онкологические заболевания, диабет 2-го типа. Низкая физическая активность коррелирует с количеством дней, проведенных на больничном листе. Регулярная физическая активность снижает риск ожирения, рака яичников, груди, колоректального рака, а также остеопороза. Она также повышает уровень психологического благополучия человека, увеличивает функциональные возможности организма. В ряде исследований было показано, что занятия аэробикой могут повышать уровень когнитивного функционирования у пожилых людей, особенно если до начала занятий они получали недостаточные физические нагрузки.

Регулярная нагрузка необходима для сохранения здоровья. Это могут быть целенаправленные упражнения (утренняя зарядка, бег, фитнес и т.д.), различные виды физической работы (мытьё полов, окон, ходьба) или развлечения – танцы, активные игры и др. Физическая активность может быть оценена на основе частоты и регулярности упражнений, их интенсивности и длительности. Предполагается, что для сохранения здоровья необходимо подвергать себя как минимум 30-минутной умеренной физической нагрузке и один раз в неделю усиленно заниматься упражнениями [166]. Э.Н. Вайнер полагает, что наиболее значимое влияние на здоровье оказывают два типа упражнений:

- аэробного циклического характера, развивающие выносливость человека (к ним, например, относится ускоренная (спортивная) ходьба);
- направленные на поддержание хорошего состояния суставов, мышц и кровоснабжения головного мозга [21].

10.1. Социально-психологические факторы физической активности

Для предсказания уровня физической активности используются различные концепции психологии здоровья, в том числе рассмотренные в главе 5 когнитивно-бихевиоральные модели.

Поскольку физическая активность требует приложения не только психологических, но и физических усилий и должна осуществляться на регулярной основе, важными детерминан-

тами ее уровня являются сдерживающие факторы. К ним исследователи относят недостаток времени, низкую самооффективность, недостаток социальной поддержки, слабую силу воли, усталость, социальные ограничения. Тремя наиболее часто упоминающимися в работах по физической активности поведенческими моделями являются модель убеждений, модель целенаправленного (запланированного) поведения и транстеоретическая модель.

М. Ашер отмечает, что *модель убеждений* не слишком хорошо подходит для предсказания физической активности, поскольку в ней не учитываются иные (помимо сохранения здоровья) мотивы физической активности. Определенными данными в поддержку этой модели можно считать полученные от физически активных респондентов сведения о том, что они опасаются тучности и заболеваний сердечно-сосудистой системы, т.е. для них высок воспринимаемый риск.

Применение *модели целенаправленного (запланированного) поведения* в сфере физической активности показало, что намерения являются одними из наиболее значимых детерминант физической активности, а сама эта модель вполне может использоваться для выделения важнейших факторов данного вида безопасного поведения и имеет преимущество перед другими моделями. Связанные с физической активностью намерения определяются аттитюдами и воспринимаемым поведенческим контролем; влияние социальных норм здесь менее значимо. Помимо того что воспринимаемый контроль влияет на намерения осуществлять физическую активность, он также непосредственно связан с уровнем активности.

Согласно *транстеоретической модели*, поведение в сфере физической активности определяется воспринимаемой самооэффективностью, балансом решений на каждой из стадий, а также начинающимися когнитивными и поведенческими изменениями (повышением уровня знаний, осознанием риска срыва, повышением социальной поддержки и т.п.). Однако данные об эффективности использования этой модели на практике противоречивы.

Имеются определенные данные в поддержку социально-когнитивных моделей, особенно если на их основе разрабатывается стратегия убеждающей коммуникации. Например, в проведенном в Канаде (1984) опросе 2/3 участников заявили, что они стараются быть физически активными из-за страха перед гиподинамией. Исследование Колетт с соавторами

(1994), организованное на основе расширенных когнитивных моделей, показало, что лучшими предикторами намерения быть физически активными являются текущий уровень физической активности, возраст, установки в отношении нее и персональные нормативные убеждения [173].

Как известно, основным замечанием к социально-когнитивным моделям является то, что в них игнорируется роль автоматических (неосознаваемых) психических процессов в реализации поведения (в частности, привычек). Заслуживают внимания и личностные характеристики – например, связь физической активности с представлениями индивида о своем «Я».

В 1989 г. Фокс и Корбин разработали многомерную иерархическую модель физического самовосприятия. Авторы утверждают, что общая физическая самооценка состоит из четырех компонентов:

- спортивной компетентности;
- телесной привлекательности;
- закалки;
- физической силы.

Наиболее стабильным конструктом является глобальная самооценка, в то время как ее компоненты могут быть изменчивы. Таким образом, если глобальная самооценка – это своего рода черта, то ее компоненты – это состояния. Эмпирические исследования позволили подтвердить достаточно устойчивую факторную структуру модели и ее значимость для предсказания уровня физической активности.

Влияние самооценки на физическую активность можно объяснить за счет понятия самоэффективности – уверенность человека в своей компетентности в определенной сфере стимулирует его к соответствующим действиям. Было показано, что телесная привлекательность, спортивная компетентность и физическая сила позитивно связаны с уровнем физической активности у детей [166].

Факторы физической активности являются специфическими для той или иной возрастной группы. Например, в детском возрасте помимо указанных выше компонентов самооценки важную роль играют удовольствие от физической активности, поддержка со стороны родителей, подражание ролевым моделям (моделирование), наличие дома условий (тренажеров и других средств для проявления физической активности).

Как и пищевое поведение, физическая активность человека осуществляется в определенном социальном контексте. В исследованиях достаточно стабильно обнаруживаются социоэкономические различия в отношении к физической активности. Например, для рабочих были характерны функциональные определения здоровья и физической активности. Представители среднего класса воспринимали физическую активность как форму организации досуга, поэтому она описывалась ими в терминах удовольствия и благополучия [158].



Рис. 9.1. А. Дейнека. Работать, строить и не ныть! 1933 г.

Предполагается, что физическая активность направлена прежде всего на улучшение здоровья, однако в реальности более сильными ее детерминантами являются желание социализироваться, стать сильным, улучшить свою внешность. Анализ отношения индивида к физической активности может быть построен только на основе учета его мотивации. Например, в бывшем СССР одним из наиболее типичных направлений стимуляции здорового образа жизни являлась пропаганда физической культуры как его основного компонента. Заметки о необходимости занятий спортом появляются в популярных изданиях уже в начале 1920-х гг., выпускаются многочисленные плакаты на спортивную тематику (рис. 9.1), красочные афиши, приглашающие на спортивные соревнования и праздники (приложение 3: рис. 1 и др.)

Достижение физического совершенства рассматривалось и как путь к духовному развитию, и как необходимое условие для решения производственных и оборонных задач. Дж. Риордан [217] отмечает, что массовое развитие физической культуры в бывшем СССР способствовало:

- интеграции человека в общество, развитию у него способности работать в команде, сотрудничать, следовать правилам;
- идеологическому воспитанию граждан. Занятия спортом, спортивные соревнования усиливали чувство патриотизма как

на уровне своего завода, села или города, так и на уровне всей страны;

- подготовке здорового пополнения для вооруженных сил;
- повышению трудоспособности и укреплению здоровья населения;
- пропаганде активного отдыха, появлению новых форм проведения досуга;
- борьбе с асоциальным поведением – пьянством, хулиганством.

По мнению автора, занятия спортом в период индустриализации облегчали для значительной части населения переход от сельского образа жизни к городскому.

После распада советского государства сохранилась преемственность представлений населения о тесной связи здоровья и физической активности. Согласно данным социологических опросов, здоровый человек представляется физически крепким, спортивным, непьющим [62; 64]. При этом Н.И. Белова с соавторами по результатам опроса студентов [7] показала, что физическая активность как компонент здорового образа жизни более важна для юношей, чем для девушек.

Отношение современного человека к спортивной активности неотделимо от нового понимания тела как проекта самости в эпоху постмодерна (Р. Гилл [158]). В контексте этих идей занятия физической культурой означают такую работу над собой, которая способствует реализации важнейших целей «Я», причем достижение здоровья необязательно входит в их число. Скорее всего речь идет о стремлении к дисциплине, развитию волевых качеств, контролю над внешностью.

10.2. Негативные последствия излишней увлеченности физическими упражнениями

В 1970–1980 гг. среди специалистов сферы здравоохранения нарастала озабоченность последствиями чрезмерной физической активности. Сегодня принято разделять увлеченность физическими упражнениями (так называемую позитивную зависимость) и аддикцию (негативную зависимость от физических упражнений). Позитивная зависимость основана на чувстве удовольствия, связанном с движениями и физическими нагрузками, сопряжена с позитивными оценками своего тела. Негативная зависимость подразумевает, что человек рассматривает физические упражнения как главную

цель в своей жизни и испытывает «синдром отмены», когда не может их осуществлять. Ниже приводятся некоторые важные характеристики негативной зависимости от физических упражнений.

Признаки патологической зависимости от физических упражнений (подразумевается согласие со следующими утверждениями):

- физические упражнения – главная цель моей жизни;
 - я несу крупные убытки из-за физических упражнений;
 - никакая причина не может заставить меня пропустить тренировку;
 - я продолжаю тренироваться даже тогда, когда получил травму или когда мой врач запретил мне это делать;
 - я становлюсь раздражительным и нетерпеливым, когда не могу тренироваться;
 - когда дело доходит до тренировок, я не иду на компромиссы.
- Рациональная организация физической активности предполагает:
- использование различных видов упражнений вместо одного;
 - обязательное расписание тренировок с разумными периодами отдыха между ними;
 - упражнения не должны являться заменой социальной активности или средством борьбы со стрессом.

Недовольство собственным телом является типичным для современной культуры – это так называемая нормативная дисморфобия. В целом можно отметить, что женщины в большей степени озабочены стройностью, причем в последнее время речь идет не столько о худобе, сколько об изящных изгибах, т.е. о стройном и одновременно мускулистом теле. Мужчины же прежде всего заняты достижением необходимой мускулистости. Если женщины в основном хотят похудеть, то многие мужчины хотят поправиться, причем под этим «поправиться» они понимают наращивание мышечной массы. И того, и другого можно достичь при помощи физических упражнений.

В 1999 г. А. Грубер, Г. Поуп и их коллеги разработали соматоморфическую матрицу – набор цифровых изображений мужского тела, которые отображаются на экране компьютера. Используя клавиатуру, человек может изменять пропорции мышечной массы или жира, создавая желаемую фигуру. Исследования, проведенные среди жителей США, Австралии и Франции, показали, что большинство респондентов выбирали идеал тела, значительно превышающий по мышечной массе показатели их собственного тела. В дальнейшем эти данные получили подтверждение и в других исследованиях.

Приведенные выше данные получены в работе с психически здоровыми людьми, однако в некоторых случаях речь может идти о развитии опасного синдрома – **мускульной дисмор-**

фиин. Он был впервые описан в 1993 г. Хадсоном и Катцом, которые использовали другой термин – «обратная анорексия». В 1997 г. Поуп с соавторами ввели термин «мускульная дисморфия» и уточнили характеристики данного синдрома [233].

Хотя люди с мускульной дисморфией могут на первый взгляд показаться сторонниками здорового образа жизни, в действительности же чрезмерная озабоченность своим телом способствует социальной дезадаптации и опасным для здоровья практикам. Совершенствование своего тела становится для них самой важной задачей. Американский психиатр Р. Оливардия приводит следующие примеры:

- адвокат был уволен с работы, так как постоянно опаздывал на работу после ланча (вместо одного часа проводил в спортзале 3–4 часа);

- студент не явился на выпускной экзамен, так как он со-
падал с запланированной им тренировкой;

- мужчина потерял работу, так как каждый час смешивал для себя в электрическом блендере протеиновый коктейль, мешая другим сотрудникам. Ему предложили выбрать – блендер или работа. Он выбрал первое.

При этом люди с мускульной дисморфией могут переживать по поводу такого своего поведения, но неспособны его изменить [204].

Признаки мускульной дисморфии:

- озабоченность человека тем, что его тело недостаточно мускулистое;
- частый отказ от важных видов социальной активности, работы и отдыха из-за графика своих упражнений или специальной диеты;

- избегание ситуаций, где он может стать объектом наблюдения со стороны других людей, или переживание таких ситуаций со значительным уровнем дистресса; озабоченность размерами своего тела, вызывающая значительный дистресс и нарушения социального функционирования; продолжение тренировок или диеты, несмотря на негативные физические и психологические последствия;

- озабоченность маленькими размерами тела и недостаточной мускулистостью, а не полнотой фигуры или другими дефектами внешности.

Как у всех больных дисморфофобией, для пациентов с мускульной дисморфией характерны специальные ритуалы, направленные на скрытие воображаемых дефектов фигуры. Например, они могут надевать несколько видов разных фуфаяк или свитеров, чтобы казаться крупнее.

Довольно быстро во время тренировок люди обнаруживают, что их тело не столь быстро поддается изменениям. Тогда

они начинают употреблять специальные препараты или пытаются изменить свою диету, принимая протеиновые коктейли, гормон человеческого роста, анаболические стероиды, диуретики и эфедрин [210].

Помимо патологического синдрома мускульной дисморфии излишний акцент на физической активности у психически здоровых подростков также может привести к нарушениям образа тела. Спортивные практики, употребление стероидов и диеты, тесно связанные между собой, составляют некий общий стереотип рискованного поведения (внешне направленный на заботу о здоровье). Этот стереотип основан на глубинном недовольстве своим телом. По мнению Томпсона с соавторами, в формировании этого недовольства принимают участие различные факторы:

- биологические (пубертатный кризис и связанные с ним неизбежные телесные изменения);
- социальные (влияние средств массовой информации, стимулирование и насмешки со стороны сверстников и родителей, особенно родителей того же пола, подражание известным спортсменам);
- когнитивные (постоянное сравнение своего тела с телами других людей);
- эмоциональные (преобладание негативного аффекта) [233].

Главным психологическим фактором, способствующим патологическим эффектам от физических тренировок, является фокусировка на своем теле как на объекте совершенствования с игнорированием соматических ощущений или соматических удовольствий. При этом критерии совершенствования тела являются сугубо внешними и не учитывают реальных характеристик человека.

Несмотря на возрастающую озабоченность излишней физической активностью, стоит помнить, что это беспокойство направлено на незначительную по размеру группу людей, в то время как большая часть населения развитых стран характеризуется пассивным образом жизни. В связи с этим важной задачей является разработка эффективных методов стимуляции физической активности. Здесь можно выделить несколько важных принципов. Необходимо:

- убеждать людей в наличии взаимосвязи гиподинамии и развития заболеваний;
- сообщать, каким образом физические упражнения помогают эффективно предотвратить ухудшение здоровья; стре-

миться в процессе убеждающей коммуникации уменьшить значимость негативных последствий данного поведения;

- побуждать людей к относительно простым и эффективным упражнениям, к выдвижению реальных целей тренировок;
- способствовать усилению поведенческого контроля и самооэффективности;
- активно использовать принцип вознаграждения, особенно на ранних стадиях, когда вовлечение в физическую активность еще имеет и негативные эффекты;
- применять дополнительную стимуляцию.

Поскольку для поддержания хорошего здоровья важна *регулярная физическая активность*, важной задачей является профилактика отказов от упражнений (согласно эмпирическим данным, в течение шести месяцев до 50 % людей прекращают занятия). Предполагается, что работа с недопониманием важности физической активности и реальность поставленных целей являются важными средствами профилактики отказов.

Считается, что наиболее эффективными методами работы в организации физической активности являются:

- «домашние» программы;
- неформальные упражнения без супервизии;
- частые профессиональные контакты;
- ходьба (как вид упражнений);
- упражнения умеренной интенсивности.

ГЛАВА 11. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ И ЗДОРОВЬЕ

Значительную часть своей жизни человек проводит на работе. Условия труда, взаимоотношения с коллегами и начальством, перспективы карьерного роста определяют не только качество выполнения им производственных обязанностей, но и его поведение в свободное время [34]. Характеристики профессиональной деятельности вносят существенный вклад в психологическое благополучие, поскольку оно зависит от чувства компетентности и возможности развивать свои навыки. Также профессиональная деятельность влияет на формирование социальной идентичности человека (обеспечивает большое количество социальных связей, социальную поддержку, возможность ставить и решать коллективные задачи).

Одновременно с этим профессиональная деятельность может способствовать и ухудшению здоровья.

Рассмотрим следующие аспекты данной проблемы:

- влияние стресса, связанного с работой, на здоровье персонала;
- безопасное и рискованное поведение сотрудников организации при выполнении служебных обязанностей;
- роль руководителя в сохранении здоровья подчиненных.

11.1. Стресс на работе

В большинстве публикаций по проблеме здоровья персонала отмечается, что работа в современной организации сопряжена с многочисленными и сильными стрессами. Так, например Ф. Лютенс приводит данные об уменьшении ожидаемого дохода компаний из-за проблем, вызванных стрессом у сотрудников, в среднем на 10 %. Согласно Н. Мэйки, 88 % респондентов сообщают о физических и психологических реакциях на профессиональный стресс. Они выражаются в бессоннице, головной боли, депрессии, колебаниях веса, приступах паники, злоупотреблении психоактивными веществами [234]. Помимо этого у сотрудников с высоким уровнем стресса отмечаются саботаж распоряжений начальства, межличностная агрессия, прогулы, неудовлетворительное исполнение своих обязанностей [36]. Стресс оказывает значительное негативное влияние на продуктивность работы менеджеров, поскольку, находясь в таком состоянии, они не могут эффективно взаимодействовать с подчиненными [209].

Исследования показывают наличие связи между убеждениями человека относительно факторов профессионального стресса и его уровнем. Выявлены четыре группы убеждений.

1. *Стресс вызывается опасностью или излишней напряженностью работы.* Респонденты полагают, что риск физического повреждения, высокий темп работы, высокий статус работника (вызывающий излишнее давление на него со стороны его окружения) являются источниками стресса.

2. *Стресс не наступит, если работа рутинная и строго контролируется начальством.* Респонденты считают, что стресс будет минимальным, если сотрудник занимается хорошо знакомой, изученной работой, правила работы четко определены, начальство контролирует его действия.

3. *Избавление от стресса зависит от собственных усилий человека.* Респонденты подчеркивали роль самоконтроля, состояния мозга и центральной нервной системы.

4. *Успех в борьбе со стрессом предопределяется обращением за медицинской или психологической помощью.*

Перечисленные выше убеждения оказались статистически значимо связанными с уровнем стресса. Убеждения первой группы респондентов способствовали сильному переживанию стресса, убеждения групп второй – четвертой групп коррелировали с более низким его уровнем [219].

Поскольку стресс является результатом столкновения индивида и ситуации, можно предположить, что люди в какой-то степени сами создают предпосылки для такого столкновения. Например, если человек думает, что сложные ситуации постепенно разрешаются сами собой, то рано или поздно он столкнется с необходимостью преодолеть подобную ситуацию за весьма ограниченный промежуток времени и это может вызвать у него серьезный стресс. Также следует помнить, что стресс может оказать и положительное влияние на здоровье и продуктивность труда.

В исследованиях профессионального стресса выделяются три основных подхода: индивидуалистический, межличностный, транзактный. Представители *индивидуалистического подхода* сконцентрированы на проблеме уязвимости человека к неблагоприятным условиям среды. Сторонники *межличностного подхода* утверждают, что основным фактором стресса являются взаимоотношения на работе, производственные конфликты. Наконец, представители *транзактного подхода* ориентированы на выявление характера взаимодействия средовых и индивидуальных факторов в развитии психологического стресса.

Рассмотрим виды стрессоров, выделяющихся в рамках индивидуалистического и межличностного подходов. На своем рабочем месте человек подвергается воздействию многих стрессоров. Лютенс разделяет их на внешние по отношению к организации, внутриорганизационные, групповые и индивидуальные. Стресс на рабочем месте не ограничен теми событиями, которые происходят внутри организации в течение рабочего дня. Внешние факторы стресса связаны с изменениями в жизни общества, в мировой промышленности и экономике, конкуренцией и тому подобными явлениями. Поскольку организация является открытой системой, постольку она должна

адаптироваться к внешним условиям, что можно рассматривать как реакцию на стресс. К числу внешних факторов стресса относятся и изменения в семейной ситуации сотрудника, переезд на новое место жительства и другие тому подобные происшествия, которые происходят с ним вне работы. Хотя многие исследователи в сфере организационной психологии обращают свое внимание прежде всего на стрессоры, связанные с организацией, нельзя игнорировать внешние (независимые) факторы стресса.

Сторонники межличностного подхода большое внимание уделяют внутриорганизационным факторам стресса. Внутриорганизационные факторы стресса можно разделить на четыре группы:

- факторы, связанные с особенностями политики и стратегии администрации (неуверенность сотрудников в своей дальнейшей занятости, поощрение жесткой конкуренции, нестабильный график работы, система оплаты труда по результатам, чрезмерная бюрократизация отношений в организации);

- факторы, обусловленные спецификой организационного процесса (жесткий контроль, односторонние коммуникации по принципу «сверху вниз», отсутствие обратной связи; централизованное принятие решений, исключаящее участие в этом процессе рядовых сотрудников; система мотивации, основанная на наказании);

- факторы, связанные со своеобразием организационной структуры (чрезмерная формальность отношений в организации, конфликты между менеджерами и подчиненным персоналом, неопределенность производственных ролей либо ролевой конфликт, отсутствие возможностей для продвижения, организационная культура, для которой характерны различные ограничения и недоверие);

- факторы, связанные с особенностями условий работы (теснота на рабочем месте, шум, жара или холод, несвежий воздух, сильные запахи, несоблюдение мер безопасности труда, плохое освещение, физическое или умственное напряжение, токсические химические элементы или радиация).

Среди групповых факторов стресса особенно важными считаются наличие межличностных конфликтов в коллективе и отсутствие социальной поддержки. Высокий уровень социальной поддержки положительно влияет на уровень воспринимаемого контроля над работой и на ее качество, а также снижает уровень депрессии.

Наконец, среди индивидуальных факторов стресса отмечаются особенности поведения и характера человека (здесь для иллюстрации чаще всего приводится так называемый «поведенческий тип А», локус контроля, самоофективность, невозможность успешно совмещать работу и личную жизнь, отсутствие «психологической выносливости», высокий уровень интроверсии и нейротизма).

Хотя во многих работах по организационной психологии индивидуальные, организационные и групповые факторы стресса рассматриваются отдельно друг от друга, с точки зрения интеракционистской модели личности их следует рассматривать как взаимосвязанные. В данной модели личность понимается как процесс, а ее поведение рассматривается как продукт взаимодействия личностных диспозиций и ситуативных факторов. Именно такой точки зрения на личность придерживался Лазарус при создании психологической модели стресса. Поведение является манифестацией когнитивных и мотивационно-эмоциональных структур, которые придают смысл и ценность изначально нейтральным ситуационным стимулам и детерминируют выбор соответствующей копинг-реакции. Кроме того, согласно процессуальной модели личности, люди не просто реагируют на внешние стимулы, но и преследуют при этом свои собственные цели, создавая ситуации, в которых возможно поддержание данных целей. При этом постулируется иерархическая структура механизмов регуляции поведения. В качестве главной детерминанты поведения рассматриваются особенности восприятия индивидами окружающей ситуации (а не личностные диспозиции или черты). Личностные же факторы высшего порядка (оптимизм, стремление к контролю и предсказуемости) как раз и определяют особенности репрезентации и конструирования окружения. В целом можно предположить, что воздействие негативной ситуации на здоровье и продуктивность работы человека будет более тяжелым при наличии одновременно нескольких потенциальных факторов стресса.

С учетом вышеизложенных положений в организационной психологии разработано несколько *транзактных моделей*.

1. *Модель дисбаланса усилия и вознаграждения* (ERI, Siegrist). Авторы модели утверждают, что в процессе работы люди «обменивают усилия на вознаграждения». Если между приложенными усилиями и вознаграждением отсутствует связь, возникает состояние дисбаланса, которое в итоге может

привести к стрессу. Особую роль в развитии данного стресса играют личностные качества человека – например, так называемый презентизм (по контрасту с абсентизмом) – сверхвовлеченность в трудовую деятельность, излишняя старательность, постоянная потребность в признании. Эмпирические исследования показывают, что связь дисбаланса усилия и вознаграждения с развитием заболеваний сердечно-сосудистой системы более сильная, чем с нагрузками на работе.

2. *Модель динамического равновесия* (Heat, Wearing). Модель показывает, что личностные характеристики как первичные детерминанты психологических реакций на условия труда и связанные с работой переживания вносят независимый вклад в психологическое состояние человека. Благоприятный климат в организации может смягчить эффекты негативных переживаний.

3. *Модель «Требования – контроль – поддержка»* (DCS, Karasek, 1979; 1990). В модели описывается совместное влияние данных требований на благополучие сотрудников, связанных с работой, и возможностей контроля их профессиональной ситуации. В соответствии с этими положениями Карасек выделил четыре типа работ:

- работа высокого напряжения (высокие требования в сочетании с низкой возможностью контроля);
- активная работа (высокие требования в сочетании с высокой возможностью контроля);
- работа низкого напряжения (низкие требования в сочетании с высокой возможностью контроля);
- пассивная работа (низкие требования в сочетании с низкой возможностью контроля).

По мнению Карасека, работа высокого напряжения в большей степени сказывается на здоровье человека, чем другая работа. Он полагает, что возможность контроля играет роль буфера между здоровым человеком и профессиональным стрессом. Работа помощника повара, официанта, водителя автобуса связана не только с высоким эмоциональным и физическим напряжением, но и с низкими возможностями контроля над ситуацией. Соответственно у людей данных профессий может наблюдаться негативное воздействие профессионального стресса на здоровье. В свою очередь менеджеры и высококвалифицированные работники, испытывая значительное напряжение в ходе выполнения своих обязанностей, имеют больше возможностей контролировать характер своего труда. Воспри-

ятие контроля может касаться различных характеристик труда: графика, места работы, общей организации и др. [138; 209]. Джонсон и Холл расширили предложенную Карасеком модель, включив в нее такое измерение, как социальная поддержка: она также оказывает буферный эффект.

Конструкт «поведение типа А» наиболее часто указывается в литературе по организационной психологии в качестве *индивидуального фактора стресса*. Интерес к нему объясняется тем, что некоторые его проявления (высокая мотивация достижения, склонность к соперничеству) могут быть специфичны для определенной группы менеджеров и в целом способствовать карьерному росту. На основании данных исследования Дж. Говарда и Д. Каннингэма было показано, что около 60 % менеджеров характеризовались поведением типа А и только 12 % – поведением типа В [58]. На работе этим людям присущи такие особенности, как стремление напряженно и долго работать, чтобы уложиться в постоянно поджимающие их сроки в условиях тяжелых перегрузок. Они часто берут работу на дом, делают ее вечером или в выходные, и это не позволяет им отдохнуть. Они постоянно недовольны собой, устанавливают высокие требования к собственной производительности, понукают себя, чтобы удовлетворять этим требованиям, тяжело переживают ситуацию, сложившуюся на работе, с раздражением реагируют на усилия своих коллег и неадекватно оцениваются начальством. Сравнение успешности в работе людей поведения типа А и людей поведения типа В показывает, что первые более успешны. Однако на самой вершине они уступают людям с поведением типа В, так как последние более терпеливы и шире смотрят на вещи [58]. Л. Джуэлл полагает, что конструкт поведения типа А с точки зрения организации имеет позитивные аспекты (люди выполняют свою работу на более высоком уровне и преданы организации). Однако они чаще становятся «трудоголиками», и им бывает трудно справиться с некоторыми стрессорами. Сердечно-сосудистые заболевания, связанные с ПТА, могут являться серьезным негативным фактором текучести кадров [36].

Другим индивидуальным фактором стресса являются *гендерные особенности*. И. Ивасаки с соавторами показывают, что женщины-менеджеры описывают стресс, связанный с взаимоотношениями, как негативное событие, вызывающее серьезное беспокойство, потому что они начинают думать о других людях. Женщины принимают на себя ответственность

за позитивное эмоциональное состояние всех сотрудников, вовлеченных в конфликт. Мужчины-менеджеры, напротив, демонстрируют способность отделить свой мыслительный процесс от взаимоотношений на работе. Этот контраст между ориентацией на принятие ответственности за взаимоотношения и фокусировкой внимания на своих потребностях с отвлечением от окружения создает качественные различия в воспринимаемом ими уровне стресса. Кроме того, женщины не говорят о своем дистрессе в присутствии мужчин, что может способствовать росту эмоционального напряжения. Интересен вопрос о том, почему женщины сообщают о более высоком уровне стресса, чем мужчины. Выдвигаются два предположения: либо женщины подвергаются воздействию большего количества стрессоров (нагрузки дома, на работе, дискриминация), либо реакции женщин на стресс обуславливают действительно более высокий его уровень.

В некоторых исследованиях показывается, что в целом женщины в ситуации рабочего стресса предпочитают эмоционально-фокусированный аспект, а мужчины – проблемно-фокусированный копинг. Однако если речь идет о сравнении женщин-менеджеров и мужчин-менеджеров, то проблемно-фокусированный копинг предпочитают обе категории [236].

Стрессовые реакции могут провоцироваться (блокироваться) благодаря особенностям организационной культуры. Под *организационной культурой* понимается совокупность основных убеждений, правил и ценностей, разделяемых коллективом, формирующих у работников чувство причастности к организации и предписывающих «правильный» образ восприятия, мышления, поведения и отношения к конкретным проблемам.

Организационная культура определяет контекст, в котором действуют люди. При этом культурные убеждения часто воспринимаются как само собой разумеющиеся и плохо осознаются. М. Петерсон и Дж. Уилсон полагают, что организационная культура может оказывать как негативное, так и позитивное влияние на благополучие организации и каждого из работников. Позитивное влияние заключается в трансляции наиболее важных и значимых для эффективности работы убеждений и правил, в обеспечении чувства стабильности и принадлежности к организации, предсказуемости требований, наград, а также наказания. Негативное влияние связано с тем, что некоторые культурные убеждения и нормы являются не-

достаточно рациональными и могут вызвать у сотрудников состояние стресса. Авторы выделяют три группы важнейших культурных убеждений, существующих в организации: убеждения относительно человеческой природы, убеждения относительно взаимоотношений в организации, убеждения относительно времени и пространства.

Убеждения относительно человеческой природы. Данные убеждения касаются прежде всего представлений о том, каким должен быть персонал и менеджеры организаций. Например, Генри Форд считал (имея в виду людей, занимающихся физическим трудом), что средний работник – это работник, который не хочет прилагать слишком много физических усилий и не хочет слишком много думать. Это мнение послужило идеологической основой для организации производства на его автомобильных заводах. В других организационных культурах сотрудники могут рассматриваться как ответственные и способные к самоорганизации члены коллектива.

Убеждения относительно взаимоотношений в организации касаются взаимоотношений партнеров по работе (доверие, выручка, помощь), а также взаимоотношений работников с руководством (уважение, почитание, страх).

Убеждения относительно времени и пространства неявные, плохо осознаваемые, однако именно они могут определять, насколько хорошо мы чувствуем себя на своем рабочем месте. Это могут быть убеждения типа «время – деньги», относительно пространственной организации офиса и т.д.

Многие авторы подчеркивают, что организационная культура оказывает огромное влияние на поведение менеджеров, которые, по сути, являются носителями и трансляторами ее норм и правил (а частично и создателями). Например, суждения о природе человека (о персонале) будут оказывать влияние на требования менеджеров к персоналу, суждения о времени – на распределение нагрузки в течение рабочего дня.

Большинство ученых согласны с тем, что нельзя с уверенностью сказать, какие именно допущения или нормы организационной культуры будут вызывать стресс. Видимо, все зависит от типа организации. Так, в организации с жестким вертикальным управлением дистресс может быть вызван отсутствием у персонала контроля, чувством собственной незначительности, отчуждением, а в организациях с децентрализованным управлением дистресс может быть вызван неопределенностью требований, групповыми конфликтами при

принятии решений, слишком большой ответственностью. В исследованиях показано, что стремление человека к контролю и автономии зависит не только от ситуации, но и от его личностных диспозиций. Одни люди плохо переносят потерю контроля, другие – излишнюю ответственность. Кроме того, психологи предлагают разграничивать контроль над успехами и контроль над неудачами, контроль над поведением и контроль над его последствиями. Организационная культура определяет также, что именно будет рассматриваться в качестве стрессора, а что будет пониматься как естественные требования окружения.

Хотя в большинстве источников стресс расценивается как фактор негативного влияния на благополучие организации и эффективность ее работы, следует признать, что это мнение не вполне справедливо. Прежде всего сама по себе реакция на стресс не может рассматриваться исключительно как негативная, приносящая проблемы. Стресс является адаптационным синдромом и в этом смысле может играть положительную роль. Например, слишком низкий уровень стресса может отрицательно сказаться на производительности.

11.2. Безопасное и рискованное поведение на работе

Важным аспектом здоровья членов организации является *безопасное поведение персонала*. В одних организациях требования к безопасному поведению могут быть минимальными (например, соблюдение техники безопасности при работе с бытовыми приборами и электроникой), в других – очень большими (например, на транспорте, химическом производстве и т.д.). Опыт отечественных и зарубежных организаций показывает, что несоблюдение правил техники безопасности, травматизм сотрудников всегда являлся серьезной проблемой. Например, М.С. Котик, обобщив опыт профилактики травматизма на производстве в бывшем СССР и за рубежом, пришел к выводу о необходимости не только наказывать за рискованное поведение, но и поощрять за безопасное. Среди характеристик организации, способствующих нарушению правил техники безопасности, он называет сдельную оплату труда. В частности, наиболее типичной «причиной нарушения правил техники безопасности у опытных рабочих является стремление к достижению за счет этого каких-то выгод – об-

легчения, ускорения или упрощения работы», поэтому необходимо согласовывать правила безопасности со спецификой профессиональной деятельности рабочего. М. С. Котик также отмечает, что вместе с ростом числа правил увеличивается и количество случаев их нарушения (при этом нарушается чаще всего одно из них). Соответственно следует организовывать данную информацию в удобной для запоминания форме [54].

Отмечена связь личностных особенностей сотрудников с их склонностью к травматизму. Подобное явление объясняет концепция «большой пятерки личностных черт». Проведенный Ш. Кларк и А. Робертсоном в 2005 г. метаанализ личностных факторов (черт), предсказывающих уровень несчастных случаев на производстве, показал, что наиболее значимыми в травматизме являются такие качества сотрудников, как низкие сознательность, уровень дружелюбия и высокий уровень нейротизма [136].

Низкая сознательность означает малую способность к обдумыванию своих действий, а также их последствий, недостаток уважения к авторитету, сопротивление социальному порядку. Индивиды могут игнорировать установленные правила техники безопасности, не прислушиваться к советам более опытных сотрудников, совершать импульсивные действия в различных производственных ситуациях. Низкий уровень дружелюбия – это признак высокого уровня агрессивности, сильного эмоционального напряжения – качеств, оказывающих негативное влияние на целенаправленность и эффективность поведения. Высокий уровень нейротизма означает наличие у индивида таких черт, как сосредоточенность на своих проблемах (невнимательность), недостаточный контроль своих действий, использование пассивных копинг-стратегий, эмоциональная неустойчивость, особенно в проблемных ситуациях.

Для описания проблемы употребления психоактивных веществ на работе вводится особый термин «*производственный алкоголизм*». Он также приводит к прогулам и производственному травматизму [34]. Изучение производственного алкоголизма позволило выделить следующие факторы его развития:

- работа без контроля руководителей и других сотрудников;
- ролевые требования, связанные с употреблением алкоголя на работе (например, особые способы расслабления);
- «трудоголизм»;

- необходимость выполнения новой трудовой роли;
- принадлежность к так называемой «исчезающей профессии», когда карьерные перспективы отсутствуют.

11.3. Практические интервенции на уровне организаций

В процессе профессиональной деятельности на здоровье человека влияет много факторов (табл. 11.1), поэтому интервенции в поддержку здоровья на уровне организаций очень важны.

Таблица 11.1

Факторы, влияющие на здоровье сотрудников организаций

Структура и принципы работы организации	• Цели и стратегии работы организации • Структура организации • Политика организации и процедуры • Система вознаграждений и штрафов
Социальные факторы	• Стиль менеджмента • Неформальные социальные связи и практики взаимодействий
Технологии	• Особенности труда • Технические системы • График работы
Физическая среда	• Пространственная конфигурация • Дизайн интерьера • Физические параметры (температура воздуха, освещение, шум и т.д.)
Индивидуальные установки сотрудников	• Установки сотрудников относительно здорового образа жизни • Установки сотрудников относительно соблюдения правил техники безопасности

Можно выделить следующие направления работы по улучшению здоровья в организации:

- профилактику стресса за счет изменения условий труда, отношений в организации и организационной культуры;
- побуждение сотрудников к безопасному поведению во время работы;
- помощь сотрудникам, находящимся в состоянии стресса или ставшим жертвами несчастного случая.

В большинстве работ по организационной психологии указывается, что в целом снижение уровня стресса у сотрудников может быть достигнуто за счет точности и предсказуемости требований, которые предъявляет к ним администрация; про-

Рабочий будет верить в безопасность своего труда в той мере, в какой будет верить в это его непосредственный и вышестоящий руководитель
М. С. Котик [54. С. 290]

зрачности системы оценки работы и системы вознаграждений; устранения неизвестности в отношении проблемы дальнейшей занятости (например, для пенсионеров, для работников на временных контрактах);

разумного и равномерного распределения нагрузки; борьбы с рутиной, т.е. возможности для сотрудника при желании переключиться с одной работы на другую; достаточно стабильного графика работы, такого, чтобы сотрудник мог к нему адаптироваться; налаживания горизонтальных связей в организации с целью обеспечения социальной поддержки; возможности для сотрудников самостоятельно контролировать хотя бы какие-то аспекты своей работы; создания условий для профессионального роста [36].

К числу наиболее эффективных мер по обеспечению безопасного поведения можно отнести правильное и (главное), адресное информирование сотрудников о риске несчастного случая при несоблюдении требований по охране труда (имеется в виду, что сотрудник должен знать о конкретном риске для себя, а не об абстрактно высоком риске); материальное стимулирование безопасного поведения (например, по принципу жетонной экономики); изменение организационной культуры в сторону более уважительного отношения к безопасному поведению. Вспомним, что в упоминавшейся нами модели целенаправленного поведения одним из важных факторов являются именно социальные нормы. Если контроль за выполнением правил будет не только вертикальным, но и горизонтальным, он станет более эффективным. Наконец, правила безопасного поведения должны быть доступны, понятны, легко выполнимы, чтобы минимизировать субъективные издержки. К сожалению, составители данных правил часто формулируют их в виде непреложных законов, не требующих никаких пояснений, и переоценивают тем самым эрудицию исполнителей. Помощь сотрудникам, находящимся в состоянии стресса или ставших жертвами несчастного случая, может осуществляться с участием профессионалов-психологов и психотерапевтов, а

также за счет изменения условий их труда, информационной, материальной и социальной поддержки.

Все подходы к стимуляции безопасного поведения на работе можно разделить на директивные и недирективные. Директивные подходы предполагают прямое стимулирование нужного поведения путем указания на него. Недирективные подходы повышают общую готовность человека вести себя безопасно, его восприимчивость к нужной информации и новым правилам. Такие недирективные подходы также подразумевают участие работников в создании и осуществлении программы.

А. Коэн выделил несколько принципов, определяющих успех мероприятий по стимулированию безопасного поведения на производстве: во-первых, необходимо идентифицировать, какие изменения в поведении необходимы с учетом сложности их осуществления, поддержания и контроля, отношения к ним менеджмента и их соответствия привычным практикам и социальному контексту; во-вторых, следует использовать вознаграждение нужного поведения; в-третьих, нужна не просто запрещать опасное поведение и предписывать безопасное, а показывать выгоды от применения последнего, давать человеку обратную связь. Ниже приводится пример практического использования данных положений [138].

Зохар с соавторами опубликовали в 1980 г. результаты своей работы на одной из фабрик, где рабочие подвергались воздействию шума громкостью 87–99 дБ. Для защиты от его вредного воздействия предлагалось использовать беруши. Несмотря на лекции, плакаты и предупреждения мастеров, лишь незначительное количество рабочих вняли данной просьбе. Для исследования были выбраны два подразделения. Работники первого подразделения составили экспериментальную группу, а работники второго – контрольную. В течение месяца велись наблюдения специалиста за техникой безопасности. Он должен был точно определить число работников, защищающих себя от шума. По окончании месяца всем работникам предложили курс лекций по технике безопасности, а работникам из экспериментальной группы дополнительно пройти аудиометрический тест до начала и после окончания рабочего дня. После прохождения теста работникам сообщили, как шум повлиял на их слух. Одна копия аудиограммы была выдана работнику, другая помещена на специальный стенд в цехе. Члены исследовательской команды давали нужные пояснения (тем, кто интересовался бюллетенем).

Различия в аудиограммах работников, использовавших и не использовавших беруши, были очевидными. Эксперимент длился месяц, после чего в течение пяти месяцев велись наблюдения за тем, какое число работников прибегает к берушам. Оказалось, что в экспериментальной группе число людей, защищающих себя от шума, достигало (в зависи-

мости от дня наблюдений) 85–90 % по сравнению с исходными 40 %. В контрольной группе таких изменений не было. Более того, в контрольной группе, где менеджмент по-прежнему прибегал к наказанию и убеждению, отмечалось даже некоторое снижение частоты защитных действий. Авторы объяснили полученные данные действием следующих факторов: обратной связи и постепенным созданием новых социальных норм в группе по мере того, как все больше работников переходили к самозащитным действиям.

Несмотря на то что здоровье персонала зависит от множества факторов, минимизация воздействия хотя бы тех из них, которые имеют отношение к организации, может дать значительный эффект. Несомненно, остается открытым вопрос о том, как соблюсти баланс интересов отдельного сотрудника и организации в целом [36]. В этой сфере необходимо постепенное перераспределение ответственности за здоровье и самочувствие между менеджерами и рядовыми сотрудниками, организация групп самопомощи и налаживание системы горизонтальной социальной поддержки.

Выделяют следующие условия работы сотрудников организации, способствующие улучшению их здоровья:

- постоянный контроль соблюдения правил техники безопасности;
- физическое окружение, вызывающее позитивные эмоции;
- скрининг¹ состояния здоровья;
- возможность обсуждения профессиональных проблем с коллегами и начальством в доверительной обстановке;
- эффективная система коммуникации;
- позитивный моральный климат;
- взаимное уважение сотрудников и руководства;
- гибкость управления в организации;
- наличие у сотрудников перспектив дальнейшего профессионального развития.

В целом в литературе по безопасности труда в настоящее время отмечается наличие консенсуса по поводу иерархии превентивных акций. На первом месте стоит принципиальное исключение рисков, на втором – минимизация подверженности работников действию рисков, на третьем – изолирование рисков и лишь на четвертом – личная защита от рисков и безопасное поведение работников. Очевидно, что большее внимание начинает уделяться среде, а не личной ответственности

¹ Скрининг – здесь: обследование с целью выявления лиц с какой-либо определенной болезнью.

индивида. Тем не менее, поскольку соблюдение некоторых правил может существенно уменьшить риск несчастного случая, программы по стимуляции безопасного поведения остаются высоко актуальными. На работе человек проводит значительную часть своего времени поэтому организация является весьма благоприятной средой для проведения и других профилактических мероприятий. Такая неспецифическая профилактика может способствовать более безопасному поведению на рабочем месте за счет: 1) снижения количества курящих и употребляющих алкоголь (например, отказ от курения будет приводить и к снижению риска респираторных производственных заболеваний, отказ от употребления алкоголя уменьшит количество несчастных случаев; физические упражнения приведут к снижению количества травм и растяжений); 2) участия в профилактической программе, что позволит повысить общий уровень заботы человека о себе, степень осознания им опасностей для здоровья.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Стремление к физическому совершенству приобрело настолько острую форму, что проблема здоровья стала приоритетнее всех остальных жизненных ценностей. Психологии отводится важное место в поддержании нового телесного режима, позволяющего человеку оставаться вечно молодым и полным жизненных сил. Однако на практике акцент на сохранении здоровья имеет и положительные, и отрицательные стороны. Положительные заключаются в наличии реальной возможности профилактики болезней, устранении бессмысленных смертей, достижении полноценной старости; отрицательные – в формировании нормальной ипохондрии и медикализации повседневных человеческих проблем.

Психология здоровья должна преодолеть индивидуалистический подход к человеку как к рациональному мыслителю, постоянно озабоченному вопросами профилактики и физической формы, и перейти к разработке реальных и социально-привлекательных моделей здорового образа жизни. Важнейшие задачи развития психологии здоровья на современном этапе следующие:

- переключиться от анализа факторов поведения человека на анализ детерминант субъективного благополучия и качества жизни;
- ориентироваться в исследованиях на проблемы не только индивидуального, но и общественного здоровья;
- уделять особое внимание разработке валидного и надежного инструментария оценки психологических факторов и характеристик здоровья;
- активно разрабатывать не только теории, но и методы практической работы на различных уровнях интервенций;
- учитывая нарастающий скептицизм общества относительно информации в сфере медицинских услуг, перейти от морализаторской и медикалистской оценки рискованного поведения как вредного и антисоциального к тщательному исследованию его мотивов и к поиску адекватной потребностям человека замещающей активности.

ПРИЛОЖЕНИЯ

П Р И Л О Ж Е Н И Е 1. ПРИМЕРНАЯ АНКЕТА ДЛЯ ОЦЕНКИ БЕЗОПАСНОГО ПОВЕДЕНИЯ*

Ниже представлены вопросы, касающиеся Вашего здоровья. Отметьте вариант ответа, который Вы считаете наиболее приемлемым для себя, либо напишите его на свободной строчке (можете пропустить вопрос, если не хотите на него отвечать).

1. Оцените состояние своего здоровья по сравнению со всеми жителями Республики Беларусь Вашего возраста:

- Лучше, чем у среднего жителя моего возраста
- Соответствует среднему уровню
- Хуже, чем у среднего жителя моего возраста

2. Оцените состояние своего здоровья по сравнению со студентами из Вашей группы:

- Лучше, чем в среднем по группе
- Соответствует среднему уровню
- Хуже, чем в среднем по группе

3. Оцените состояние своего здоровья по сравнению с самым близким другом (подругой):

- Лучше, чем у моего друга
- Такое же, как у моего друга
- Хуже, чем у моего друга

4. Оцените состояние своего здоровья по сравнению с Вашими родителями:

- Лучше, чем у родителей
- Такое же, как у родителей
- Хуже, чем у родителей

Следующая серия вопросов касается различных аспектов Вашего поведения, связанных с личной безопасностью

5. Сколько раз Вы переходили дорогу в неустановленном месте или на красный свет в течение последнего месяца?

- Никогда не переходил
- Один раз
- Два раза
- Более двух раз

6. Попадали ли Вы когда-нибудь в дорожно-транспортное происшествие в качестве пешехода, водителя или пассажира?

- Нет
- Да

7. Лечились ли Вы в больнице в качестве пешехода, водителя или пассажира, попавшего в дорожно-транспортное происшествие?

- Нет
- Да

8. Как часто Вы купались в бассейне, озере, реке, море, когда никого рядом с Вами не было (никто не наблюдал, никто не мог помочь, в этом месте не было спасателей) на протяжении последних 12 месяцев?

- Никогда
- Иногда
- В большинстве случаев

9. Как часто Вы купались в месте, где купание запрещено, на протяжении последних 12 месяцев?

- Никогда не купался
- Один раз
- Два, три раза
- Более трех раз

10. Курили ли Вы когда-нибудь, сделали хотя бы одну или две затяжки?

- Нет
- Да

11. Если Вы не курите, то начнете ли Вы курить в течение следующих 12 месяцев?

- Да
- Нет

Если Вы не курите, то пропустите вопросы 14–16

12. Сколько Вам было лет, когда Вы впервые попробовали курить?

- Меньше 10 лет
- 11–12 лет
- 13–14 лет
- 15–16 лет
- 17 лет или больше

13. Сколько сигарет Вы выкуривали ежедневно в течение прошедших 30 дней?

- Курил некаждый день
- Одну сигарету в день

- Две–десять
- Одиннадцать–двадцать
- Более двадцати

14. Пытались ли Вы бросить курить в течение последних 12 месяцев?

- Нет, не пытался
- Да, пытался

15. Сколько Вам было лет, когда Вы впервые попробовали спиртное (хотя бы несколько глотков)?

- Меньше 10 лет
- 11–12
- 13–14
- 15–16
- 17 лет или больше

16. Сколько раз Вы выпивали пять или более рюмок подряд в течение нескольких часов на протяжении последних 30 дней?

- Никогда не выпивал
- Один
- Два–три
- Три–десять
- Более десяти

17. Укажите, пожалуйста, свой рост и вес _____

18. Вы оцениваете себя как:

- Очень худого человека
- Человека со слегка сниженным весом
- Человека с нормальным весом
- Человека со слегка повышенным весом
- Очень полного человека

19. Какие из ниже перечисленных действий Вы пытались предпринять в отношении своего веса?

- Ничего не пытался делать
- Стремился удержать свой вес на прежнем уровне
- Стремился похудеть
- Стремился поправиться

20. Если ли Вы вчера фрукты:

- Нет
- Да

21. Пили ли Вы вчера фруктовый сок:

- Нет
- Да

22. Ели ли Вы вчера сырые овощи, зелень:

- Нет
- Да

23. Ели ли Вы вчера жареное мясо (сосиску, колбасу, котлету или гамбургер)?

- Нет
- Да

24. Какие факторы определяют Ваш рацион питания?

- Наличие денег
- Личный вкус
- Вкусы родителей и родственников (они готовят пищу)
- Стремление заботиться о своем здоровье
- Наличие (отсутствие) времени для того, чтобы готовить и ходить в магазины
- Ассортимент продуктов в магазинах
- Другое

25. За последние семь дней была ли у Вас физическая нагрузка на протяжении 20 минут подряд, в результате которой Вы вспотели, Ваше дыхание стало тяжелым (танцы, плавание, зарядка, аэробика, бег, поднятие тяжестей и т.п.)?

- Нет
- Да

26. Сколько раз в неделю Вы посещаете занятия физкультурой в университете или институте? _____

27. Посещаете ли Вы какую-нибудь спортивную секцию:

- Нет
- Да

28. Сколько раз Вы были у врача в течение последних 12 месяцев?

- Вообще не был
- Один
- Два
- Больше двух раз

29. Основной причиной визита к врачу явилось:

- Необходимость получить справку (в бассейн, для поступления и т.д.)
- Лечение уже известной Вам болезни
- Появление новых симптомов
- Плановый осмотр с целью убедиться, что у Вас все в порядке
- Прививка
- Флюорография
- Другое

30. Удовлетворены ли Вы качеством медицинской помощи, которую получаете:

- Да
- Частично
- Нет

31. Вы согласны, что врачи, с которыми Вам приходилось сталкиваться, имеют достаточную профессиональную подготовку?

- Нет
- Да

32. Считаете ли Вы, что врачи, с которыми Вам приходилось сталкиваться, достаточно внимательны к пациентам?

- Да
- Могли бы быть более внимательны
- Нет

33. Достаточно ли доступна для Вас информация о том, как сохранить здоровье или как лечить болезни?

- Доступна
- Хотелось бы иметь больше такой информации, но не знаю, где ее получить
- Недоступна
- Не интересует

34. Из каких источников Вы предпочитаете получать информацию медицинского характера? (Можно указать не более трех источников)

- Из популярных изданий
- Из телевизионных передач
- У родственников и знакомых
- Из специализированной научной литературы – книг, журналов
- У врача соответствующего профиля
- Не нуждаюсь в такой информации

35. Причинами болезней являются (отметить не более трех причин):

- Неправильное поведение самого больного
- Плохая экологическая обстановка
- Ошибки врачей
- Плохая наследственность
- Болезни, перенесенные в детстве
- Несвоевременное обращение к врачу
- Инфекции
- Тяжелые жизненные обстоятельства (стрессы, нехватка денег, тяжелая работа, потеря близких людей и т.д.)
- Особенности воспитания
- Случайность
- Судьба

- Недостаточное качество медицинского обслуживания
- Другое

36. Главными признаками опасной болезни являются:

- Слабость, снижение активности
- Потеря интереса к окружающему миру
- Плохое настроение
- Боль
- Изменение внешности
- Нарушения сна
- Нарушения сознания
- Другое

37. Принимали ли Вы лекарства, которые врач Вам не назначал, последние 12 месяцев?

- Нет
- Да

38. Считаете ли Вы, что посещаете врача достаточно часто, т.е. столько, сколько необходимо для поддержания здоровья?

- Нет
- Да

39. Если Вы считаете, что посещаете врача недостаточно часто, то что Вам мешает? (Можно назвать несколько причин):

- Недостаток времени
- Плохое обслуживание в поликлиниках (очереди, невозможность попасть на прием, неудобное время работы)
- Неуверенность в том, что врачи достаточно профессиональны
- Неуверенность в том, что это принесет Вам пользу

40. Как Вы оцениваете больницы и больничный режим, с которыми сталкивались? (Отметьте не более трех причин, с которыми Вы полностью согласны):

- Обеспечивают лучшее лечение, чем поликлиники
- В них царит неразбериха
- Попав туда, человек может, наконец, отдохнуть и довериться врачам
- Спасают людям жизнь
- Нужны только тем людям, которые находятся в критическом состоянии
- Излишне ограничивают самостоятельность больного
- В них лечение менее эффективно, чем дома

41. Можно ли нарушать больничный режим, предписания врача?

- Нет
- Да

42. Какова вероятность для Вас заболеть онкологическим заболеванием в следующие десять лет?

- Ниже среднего

- Средняя
- Выше среднего

43. Какова вероятность для Вас заболеть сердечно-сосудистым заболеванием в последующие десять лет?

- Ниже среднего
- Средняя
- Выше среднего

44. Какова вероятность для Вас стать жертвой дорожно-транспортного происшествия в последующие десять лет?

- Ниже среднего
- Средняя
- Выше среднего

45. Какова вероятность для Вас стать жертвой несчастного случая (помимо дорожно-транспортного происшествия) в последующие десять лет?

- Ниже среднего
- Средняя
- Выше среднего

* На основании данной анкеты психолог определяет в коллективе группу риска, с которой он будет работать. С точки зрения психологии здоровья наиболее опасным для человека является рискованное поведение, имеющее следующие признаки:

- раннее начало;
- регулярность;
- сочетание двух и более видов такого поведения;
- слишком оптимистичная оценка своего здоровья и др.

П Р И Л О Ж Е Н И Е 2. ПРИМЕРНЫЕ ПЕРЕЧНИ УТВЕРЖДЕНИЙ, ИСПОЛЪЗУЕМЫХ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ФАКТОРОВ БЕЗОПАСНОГО И РИСКОВАННОГО ПОВЕДЕНИЯ

Перечень утверждений на основе модели убеждений* (на примере профилактики рака груди)

Профилактика рака груди

Уязвимость

1. Вероятность того, что у меня разовьется рак груди, высока.
2. Я сильно беспокоюсь по поводу возможного заболевания раком груди.
3. Думаю, что у меня разовьется рак груди в течение нескольких ближайших лет.

Серьезность

1. Мне становится не по себе, когда я думаю о раке груди.
2. Рак груди повлияет на мои отношения с мужем.
3. Рак груди вызовет долговременные проблемы в моей жизни.

Выгоды

1. Самообследование груди защитит меня от проблем в будущем.
2. Самообследование груди позволит мне выявить рак на ранней стадии.
3. Если я ежемесячно проверяю себя на предмет наличия рака груди, то я могу быть спокойна за свое здоровье.

Барьеры

1. Самообследование груди может быть болезненным.
2. Мои близкие будут смеяться надо мной, если я буду заниматься самообследованием груди.
3. Я боюсь, что у меня не получится правильно проводить самообследование груди.

* В зависимости от исследуемого вида поведения ученым (психологом) формируется нужный блок вопросов относительно уязвимости, серьезности, выгод и барьеров изучения проблемы

Перечень утверждений на основе теории целенаправленного поведения (стимулирование физической активности)¹

№ п/п	Утверждение	1	2	3	4	5	6	7
1	Я собираюсь регулярно заниматься физическими упражнениями в течение следующих двух недель	абсолютно не согласен	не согласен	скорее не согласен	ни одно, ни другое	скорее согласен	согласен	полностью согласен
2	Контролировать вес	совершенно не важно	неважно	скорее неважно	ни одно, ни другое	скорее важно	важно	очень важно
3	Большинство людей, которые важны для меня, думают, что мне следует регулярно заниматься физическими упражнениями	абсолютно не согласен	не согласен	скорее не согласен	ни одно, ни другое	скорее согласен	согласен	полностью согласен
4	Если бы регулярные занятия физическими упражнениями причиняли мне неудобства, я бы продолжал заниматься	абсолютно не согласен	не согласен	скорее не согласен	ни одно, ни другое	скорее согласен	согласен	полностью согласен
5	Для меня регулярно заниматься физическими упражнениями в течение следующих двух недель	очень сложно	сложно	скорее сложно	ни одно, ни другое	скорее легко	легко	очень легко
6	Мнение членов моей семьи для меня	совершенно не важно	неважно	скорее неважно	ни одно, ни другое	скорее важно	важно	очень важно

¹ Опросник подготовлен с опорой на рекомендации А. Эйзена студенткой отделения психологии Белорусского государственного университета О.С. Пересада в рамках курсового проекта.

7	Регулярные занятия физическими упражнениями в течение следующих двух недель позволят мне контролировать вес	абсолютно не согласен	не согласен	скорее не согласен	ни одно, ни другое	скорее согласен	согласен	полностью согласен
8	Члены моей семьи считают, что мне следует регулярно заниматься физическими упражнениями.	абсолютно не согласен	не согласен	скорее не согласен	ни одно, ни другое	скорее согласен	согласен	полностью согласен
9	Я считаю, что регулярно заниматься физическими упражнениями в течение следующих двух недель будет	очень пагубно	пагубно	скорее пагубно	ни одно, ни другое	скорее благоприятно	благоприятно	очень благоприятно
10		очень неприятно	неприятно	скорее неприятно	ни одно, ни другое	скорее приятно	приятно	очень приятно
11		очень хорошо	хорошо	скорее хорошо	ни одно, ни другое	скорее плохо	плохо	очень плохо
12		абсолютно бесполезно	бесполезно	скорее бесполезно	ни одно, ни другое	скорее полезно	полезно	очень полезно
13	Я намерен регулярно заниматься физическими упражнениями в течение следующих двух недель	абсолютно не согласен	не согласен	скорее не согласен	ни одно, ни другое	скорее согласен	согласен	полностью согласен
14	То, буду ли я регулярно заниматься физическими упражнениями в течение следующих двух недель, полностью зависит от меня	абсолютно не согласен	не согласен	скорее не согласен	ни одно, ни другое	скорее согласен	согласен	полностью согласен

№ п/п	Утверждение	1	2	3	4	5	6	7
15	Мне не хватает времени для регулярных занятий физическими упражнениями	абсолютно не согласен	не согласен	скорее не согласен	ни одно, ни другое	скорее согласен	согласен	полностью согласен
16	Если бы у меня было достаточно времени, я бы все равно регулярно занимался физическими упражнениями	абсолютно не согласен	не согласен	скорее не согласен	ни одно, ни другое	скорее согласен	согласен	полностью согласен
17	Регулярные занятия физическими упражнениями причиняют мне неудобства	абсолютно не согласен	не согласен	скорее не согласен	ни одно, ни другое	скорее согласен	согласен	полностью согласен
18	Если я буду регулярно заниматься физическими упражнениями, то стану энергичнее	абсолютно не согласен	не согласен	скорее не согласен	ни одно, ни другое	скорее согласен	согласен	полностью согласен
19	Я ощущаю социальное давление в отношении моих регулярных занятий физическими упражнениями	абсолютно не согласен	не согласен	скорее не согласен	ни одно, ни другое	скорее согласен	согласен	полностью согласен
20	Я хочу регулярно заниматься физическими упражнениями в течение следующих двух недель	абсолютно не согласен	не согласен	скорее не согласен	ни одно, ни другое	скорее согласен	согласен	полностью согласен
21	Ощущая недостаток силы воли, я бы все равно продолжал регулярно заниматься физическими упражнениями	абсолютно не согласен	не согласен	скорее не согласен	ни одно, ни другое	скорее согласен	согласен	полностью согласен

22	Решения заниматься или не заниматься регулярными физическими упражнениями находятся вне моего контроля	абсолютно не согласен	не согласен	скорее не согласен	ни одно, ни другое	скорее согласен	согласен	полностью согласен
23	Стать более энергичным	совершенно не важно	не важно	скорее не важно	ни одно, ни другое	скорее важно	важно	очень важно
24	От меня ожидают, что я буду регулярно заниматься физическими упражнениями	абсолютно не согласен	не согласен	скорее не согласен	ни одно, ни другое	скорее согласен	согласен	полностью согласен
25	Если я буду регулярно заниматься физическими упражнениями в течение следующих двух недель, то мое физическое и психическое здоровье улучшится	абсолютно не согласен	не согласен	скорее не согласен	ни одно, ни другое	скорее согласен	согласен	полностью согласен
26	Поступать так, как поступают мои друзья, для меня	совершенно не важно	неважно	скорее не важно	ни одно, ни другое	скорее важно	важно	очень важно
27	Мне недостаточно поддержки окружающих для того, чтобы регулярно заниматься физическими упражнениями	абсолютно не согласен	не согласен	скорее не согласен	ни одно, ни другое	скорее согласен	согласен	полностью согласен
28	Ощущая нехватку поддержки со стороны окружающих, я бы все равно продолжал регулярно заниматься физическими упражнениями	абсолютно не согласен	не согласен	скорее не согласен	ни одно, ни другое	скорее согласен	согласен	полностью согласен

№ п/п	Утверждение	1	2	3	4	5	6	7
29	Регулярные занятия физическими упражнениями в течение следующих двух недель помогут мне снять напряжение и расслабиться	абсолютно не согласен	не согласен	скорее не согласен	ни одно, ни другое	скорее согласен	согласен	полностью согласен
30	Одобрение моего поведения специалистами в области здравоохранения для меня	совершенно не важно	неважно	скорее не важно	ни одно, ни другое	скорее важно	важно	очень важно
31	Мне не хватает силы воли для того, чтобы регулярно заниматься физическими упражнениями	абсолютно не согласен	не согласен	скорее не согласен	ни одно, ни другое	скорее согласен	согласен	полностью согласен
32	Специалисты в области здравоохранения одобрили бы мои регулярные занятия физическими упражнениями	абсолютно не согласен	не согласен	скорее не согласен	ни одно, ни другое	скорее согласен	согласен	полностью согласен
33	Снять напряжение и расслабиться	совершенно не важно	неважно	скорее не важно	ни одно, ни другое	скорее важно	важно	очень важно
34	Люди, которые важны для меня, хотят, чтобы я регулярно занимался физическими упражнениями	абсолютно не согласен	не согласен	скорее не согласен	ни одно, ни другое	скорее согласен	согласен	полностью согласен

35	Я уверен, что мог бы регулярно заниматься физическими упражнениями	абсолютно не согласен	не согласен	скорее не согласен	ни одно, ни другое	скорее согласен	согласен	полностью согласен
36	Мои друзья регулярно занимаются физическими упражнениями	абсолютно не согласен	не согласен	скорее не согласен	ни одно, ни другое	скорее согласен	согласен	полностью согласен

**П Р И Л О Ж Е Н И Е 3. МАССОВОЕ САНИТАРНОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ
ПОСЛЕ ОКТЯБРЬСКОЙ РЕВОЛЮЦИИ: ПЛАКАТЫ, АФИШИ
КАК ПРИМЕР НАГЛЯДНОЙ АГИТАЦИИ**



Рис. 1. Неизвестный художник. День физкультурных сил московских профсоюзов. 1928 г.

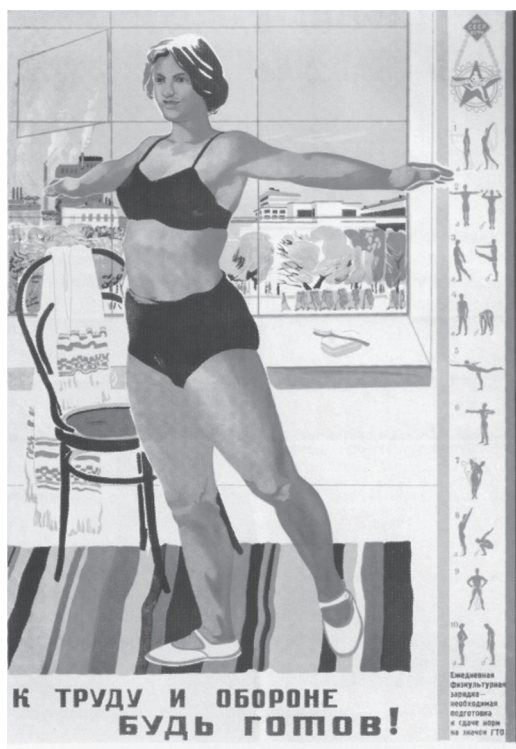


Рис. 2. К труду и обороне будь готов*. 1934 г.

* «Готов к труду и обороне СССР» (ГТО) – всесоюзный физкультурный комплекс, основа советской системы физического воспитания! Впервые был введен в 1931 г. Включал физические упражнения из различных видов спорта (легкая атлетика, гимнастика, плавание, лыжные гонки, стрельба и т.д.). Нормативы были приняты для пяти возрастных групп – от 10 до 60 лет. Выполнение нормативов награждалось значком ГТО.

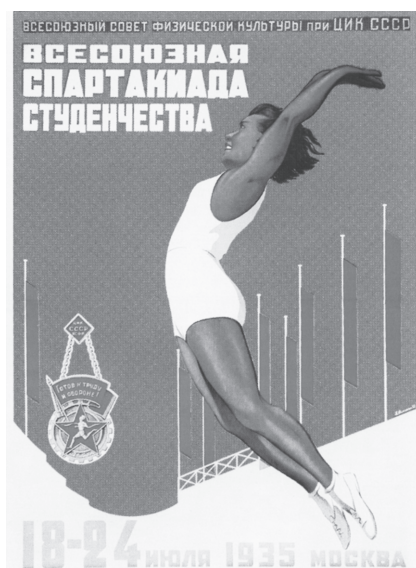


Рис. 3. А. Немухин. Всесоюзная спартакиада студенчества. 1935 г.



Рис. 4. В. Корецкий. Советские физкультурники – гордость нашей страны. 1935 г.



Рис. 5. В. Говоркова. Все мировые рекорды должны быть нашими*.

* В середине 1930-х гг. девушка с плаката была символом здоровья и красоты всего поколения молодежи.



Рис. 6. Л. Голованов. Молодежь на стадионе. 1947 г.



Рис. 7. В. Корецкий, В. Грицевич. Если хочешь быть здоров — закаляйся! 1950 г.



Рис. 8. Б. Зеленский. Первенство мира по конькам для женщин. 1950 г.



Рис. 9. Л. Голованов. Физкультурники! Боритесь за новые достижения в спорте. 1955 г.

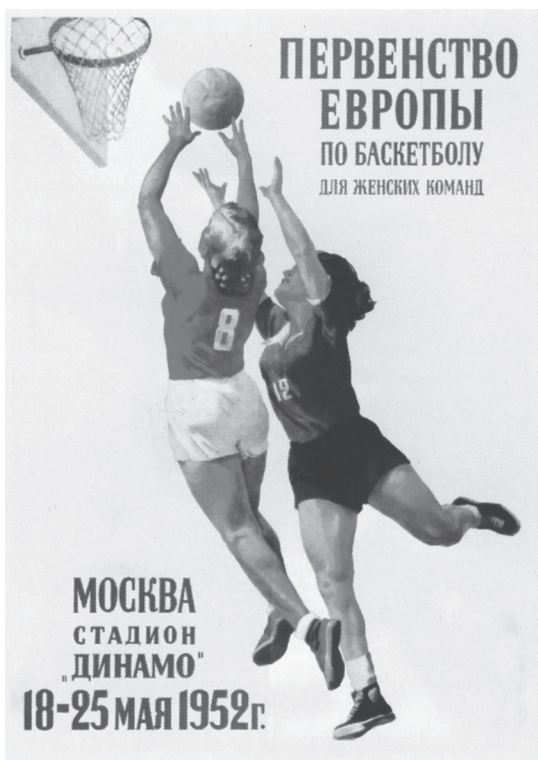


Рис. 10. Б. Зеленский. Первенство Европы по баскетболу среди женских команд. 1952 г.



Рис. 11. В. Иванов. Эстафета на приз газеты «Вечерняя Москва».

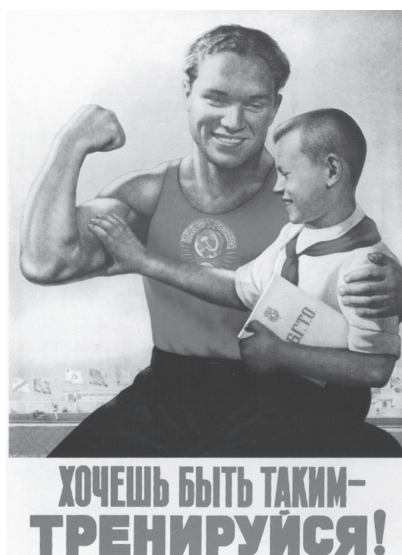


Рис. 12. В. Корнецкий. Хочешь быть таким – тренируйся! 1951 г.

ПЕРСОНАЛИИ

Арина, Г.А. – российский психолог, кандидат психологических наук, доцент кафедры нейро- и патопсихологии Московского государственного университета, специалист в области психосоматики и психологии телесности

Бахтин, М.М. – русский философ и психолог. Наиболее известные работы посвящены проблемам языка и культуры, в том числе культурным аспектам телесности человека

Бовина, И.Б. – российский психолог, доктор психологических наук, исследователь социальных представлений о здоровье

Братусь, Б.С. – российский психолог, доктор психологических наук, профессор, действительный член Академии естественных наук Российской Федерации, член-корреспондент Российской академии образования, заведующий кафедрой общей психологии Московского государственного университета, автор одной из концепций психического здоровья

Брехман, И.И. – российский врач, доктор медицинских наук, профессор; обосновал необходимость разработки нового научного направления – валеологии

Бурдые, П. – французский социолог и философ, создатель теории социального поля

Венедиктов, В.В. – российский врач, доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент Российской академии медицинских наук, специалист в области информатизации здравоохранения

Вишневский, А.Г. – российский демограф, доктор экономических наук, действительный член Российской академии естественных наук, автор концепции демографической модернизации

Граунт, Дж. – английский предприниматель; один из первых в XVII в., кто провел анализ факторов смертности

Гурвич, И.Н. – российский врач и психолог, доктор психологических наук, профессор кафедры социальной психологии Санкт-Петербургского государственного университета, главный научный сотрудник социологического института Российской академии наук, специалист в области социальной психологии здоровья

Журавлева, И.В. – российский социолог, доктор социологических наук, профессор, специалист в области социологии здоровья, автор концепции самосохранительного поведения

Манулик, А.В. – белорусский врач, кандидат медицинских наук, доцент, специалист в области социально-гигиенических проблем долголетия

Мольков, А.В. – советский врач-гигиенист, доктор медицинских наук, профессор, специалист в области медицинского просвещения, а также гигиены детей и подростков

Мосс, М. – французский этнограф и социолог, автор концепции «техника тела»

Никифоров, Г.С. – российский психолог, доктор психологических наук, профессор, заведующий кафедрой психологического обеспечения профессиональной деятельности Санкт-Петербургского государственного университета, специалист в области психологии профессиональной деятельности и психологии здоровья

Николаева, В.В. – российский психолог, доктор психологических наук, профессор, автор работ, посвященных психологии больного, психосоматическим расстройствам, психологии телесности

Огден, Дж. – британский психолог, доктор философии, профессор Университета Суррея, специалист в области психологии здоровья, исследователь психологических факторов пищевого поведения

Семашко, Н.А. – советский врач, профессор, академик Академии медицинских наук СССР, в 1918–1930 гг. нарком здравоохранения РСФСР, специалист в области социальной гигиены

Тернер, Б. – известный британский социолог, доктор философии, специалист в области социологии тела

Тищенко, П.Д. – российский философ, доктор философских наук, профессор, автор работ по философским проблемам телесности человека, биовласти и биополитики

Тхостов, А.Ш. – российский психолог, заведующий кафедрой нейро- и патопсихологии Московского государственного университета, доктор психологических наук, профессор, автор многочисленных работ по психологии телесности, психосоматическим расстройствам, методологическим проблемам клинической психологии

Флик, У. – немецкий психолог и социолог, доктор философии, специалист в области качественных исследований

Юдин, Б.Г. – российский философ, доктор философских наук, профессор, член-корреспондент Российской академии наук, главный редактор журнала «Человек»

Яцино, М. – польский социолог, исследователь феномена индивидуализма

ЛИТЕРАТУРА

1. *Абушенко, В.Л.* Образ жизни / В.Л. Абушенко // Социология: энциклопедия. Минск, 2003.
2. *Александр, Ф.* Психосоматическая медицина: принципы и применение / Ф. Александр. М., 2004.
3. *Ананьев, В.А.* Психология здоровья / В.А. Ананьев. СПб., 2006.
4. *Апанасенко, Г.Л.* Валеология: имеет ли она право на самостоятельное существование? / Г. Л. Апанасенко // Валеология. 1996. № 2.
5. *Арина, Г.А.* Клиническая психология телесности: принципы культурно-исторического анализа предмета / Г. А. Арина, В.В. Николаева // Психосоматика: телесность и культура; под ред. В.В. Николаевой. М., 2009.
6. *Бахтин, М.М.* Эстетика словесного творчества / М.М. Бахтин. М., 1979.
7. *Белова, Н.И.* Отношение студентов к здоровью и к здоровому образу жизни / Н.И. Белова [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2006. № 1.
8. *Бендина, О.А.* Практики сохранения здоровья в контексте культуры: автореф. дис. ... канд. соц. наук: 22.00.06 / О.А. Бендина. Саратов, 2009.
9. *Бовина, И.Б.* От бубонной чумы до «чумы XX в.»: динамика социального значения здоровья и болезни / И.Б. Бовина, Т.Б. Панова // Социологический журнал. 2007. № 4.
10. *Бовина, И.Б.* Социальная психология здоровья и болезни / И.Б. Бовина. М., 2007.
11. *Боголепова, Л.С.* Методика изучения санитарной культуры населения в социально-гигиеническом аспекте / Л.С. Боголепова [и др.]. М., 1969.
12. *Борисов, В.А.* Демография / В.А. Борисов. М., 2001.
13. *Брандес, Х.* Держаться прямо: о мужском габитусе [Электронный ресурс] / Х. Брандес. Режим доступа: http://www.gumer.info/bibliotek_Buks/Sociolog/Article/Br_MGab.php. Дата доступа: 06. 01.2012.
14. *Братусь, Б.С.* Аномалии личности / Б.С. Братусь. М., 1988.
15. *Браун, В. Дж.* Социальные неравенства и здоровье: осознание индивидуальной ответственности и контроля [Электронный ресурс] / В. Дж. Браун, Н. Л. Русинова // Журнал социологии и социальной антропологии. 1999. Т. II. № 1. Режим доступа: <http://www.soc.pu.ru/publications/jssa>. Дата доступа: 10.10.2009.
16. *Браун, Дж.* Психосоматический подход / Дж. Браун // Психология Фрейда и постфрейдисты. М.; Киев, 1997.
17. *Брехман, И.И.* Философско-методологические аспекты проблемы здоровья человека / И.И. Брехман // Вопросы философии. 1982. № 2.
18. *Бройтигам, В.* Психосоматическая медицина / В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад. М., 1999.
19. *Бубнов, Ю.М.* Социологические очерки народного здоровья / Ю. М. Бубнов. Минск, 2008.
20. *Бурдые, П.* Социология социального пространства / П. Бурдые. М.; СПб., 2007.

21. Вайнер, Э.Н. Валеология / Э.Н. Вайнер. М., 2005.
22. Васильева, О.С. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки / О.С. Васильева, Ф. Р. Филатов. М., 2001.
23. Васильюк, Ф.Е. От психологической практики к психотехнической теории / Ф. Е. Васильюк // Московский психотерапевтический журнал. 1992. № 1.
24. Венедиктов, Д.Д. Здоровоохранение России: кризис и пути преодоления / Д. Д. Венедиктов. М., 1999.
25. Вишневский, А.Г. Демографическая революция / А.Г. Вишневский // Избранные демографические труды: в 2 т. Т. 1. Демографическая теория и демографическая история. М., 2005.
26. Водопьянова, Н. Е. Психология здоровья / Н. Е. Водопьянова, Н. В. Ходырева // Вестн. Ленинградского университета. 1991. Сер. 6. Вып. 4. № 27.
27. Возьмитель, А.А. Образ жизни: теоретико-методологические основы анализа / А.А. Возьмитель, Г. И. Осадчая // Социологические исследования. 2009. № 8.
28. Глотова Г.А. Человек и знак: Семиотико-психологические аспекты онтогенеза человека. Свердловск, 1990.
29. Горчак, С.И. К вопросу о дефиниции здорового образа жизни / С.И. Горчак // Здоровый образ жизни: социально-философские и медико-биологические проблемы: сборник научных статей. Кишинев, 1991.
30. Гофф, Ж. История тела в Средние Века / Ж. Гофф, Н. Трюон. М., 2008.
31. Громбах, С.М. Материалы к истории санитарного просвещения в России в XVIII веке / С. М. Громбах. М., 1951.
32. Гульдман, В.В. Проблемы использования зарубежных программ антинаркотического обучения в советской школе / В.В. Гульдман, О.Л. Романова, И. В. Иванникова // Вопросы психологии. 1990. № 6.
33. Гундаров, И.А. Принципы индивидуальной профилактики основных неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья в условиях кризиса общества / И.А. Гундаров, С.В. Матвеева // Здоровоохранение Российской Федерации. 1994. № 3.
34. Гурвич, И.Н. Социальная психология здоровья / И.Н. Гурвич. СПб., 1999.
35. Демографическая модернизация России, 1900–2000 / под ред. А.Г. Вишневского. М., 2006.
36. Джусэлл, Л. Индустриально-организационная психология / Л. Джусэлл. СПб., 2001.
37. Дмитриева, Е.В. Еще раз о понятиях. От социологии медицины к социологии здоровья / Е.В. Дмитриева // Социологические исследования. 2003. № 11.
38. Добровольский, Н. Самодеятельность в борьбе с туберкулезом / Н. Добровольский // Гигиена и здоровье рабочей семьи. 1924. № 11.
39. Ефимов, Ю.А. Возможности диагностики донозологического этапа развития психосоматических заболеваний / VIII съезд невропатологов, психиатров и наркологов. 1988.
40. Жидкова, О.И. Медицинская статистика: Конспект лекций / О.И. Жидкова. М., 2007.
41. Жирнов, В.Д. Здоровье как антропологическая проблема / В.Д. Жирнов // Человек. 2002. № 11.

42. Жодле, Д. Социальное представление: феномены, концепт и теория / Д. Жодле // Социальная психология / под ред. С. Московичи. СПб., 2007.
43. Журавлева, И. В. Отношение к здоровью индивида и общества / И.В. Журавлева. М., 2006.
44. Исаев, Д.Н. Проблема психосоматических взаимоотношений / Д.Н. Исаев // Методология и социология психиатрии. СПб., 1991.
45. Каневский, Л. О. Основные этапы развития санитарного просвещения в СССР / Л. О. Каневский. М., 1951.
46. Капрара, Дж. Психология личности / Дж. Капрара, Д. Сервон. СПб., 2003.
47. Киреева, И. Н. Междисциплинарное исследование социального здоровья человека / И. Н. Киреева, А.И. Анисимов // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы. 2010. Вып. № 2 (14).
48. Ключенович, В.И. Актуальные проблемы управления общественным здоровьем / В. И. Ключенович. Минск, 2005.
49. Козелецкий, Ю. Психологическая теория решений / Ю. Козелецкий. М., 1979.
50. Колбанов, В. В. Валеология: Основные понятия, термины, определения / В. В. Колбанов. СПб., 1998.
51. Коннер, М. Социальная психология пищи / М. Коннер, К. Дж. Армтейдж. Харьков, 2012.
52. Корнилова, Т.В. Психология риска и принятия решений / Т.В. Корнилова. М., 2003.
53. Коростелев, Н. Б. Использование опытов в пропаганде медицинских и гигиенических знаний / Н. Б. Коростелев. М., 1961.
54. Котик, М.А. Психология и безопасность. Изд. 3-е, испр. и доп. / М.А. Котик. Таллинн, 1989.
55. Ленская, Л. В. Медицинские и социальные аспекты долгожительства в Санкт-Петербурге: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.53 / Л.В. Ленская. СПб., 2004.
56. Лепешинский, Н. Н. Адаптация опросника «Шкалы психологического благополучия» К. Рифф / Н. Н. Лепешинский // Психологический журнал. 2007. № 3 (15).
57. Лисицын, Ю. П. История медицины / Ю.П. Лисицын. М., 2004.
58. Лютенс Ф. Организационное поведение. М., 1999.
59. Максимова, Т. М. Социальный градиент в формировании здоровья населения / Т. М. Максимова. М., 2005.
60. Малейчук, Г. И. Психологическое здоровье личности: клинико-феноменологический подход / Г. И. Малейчук. Брест, 2009.
61. Малинская, Н. П. Роль поведенческих аспектов в формировании здорового образа жизни / Н. П. Малинская, Л. В. Водогрева, Р. З. Позднякова // Актуальные медико-социальные аспекты пропаганды здорового образа жизни. Тезисы конференции / под ред. В. Ф. Попова. Иваново, 1986.
62. Малоземов, О.Ю. Особенности валеоустановок учащихся / О.Ю. Малоземов // Социологические исследования. 2005. № 11.

63. Манулик, А.В. Долголетие населения Белоруссии / А.В. Манулик. Минск, 1977.
64. Мартинковский, М. Здоровье и здоровый образ жизни в ценностных ориентациях молодежи / М. Мартинковский. Минск, 2003.
65. Медков, В. М. Введение в демографию / В.М. Медков. М., 2006.
66. Мельник, Ю. И. Психология здоровья / Ю.И. Мельник // Журнал прикладной психологии. 2000. № 3.
67. Меркушова, Т. В. Представления специалистов об особенностях формирования здорового образа жизни в системе образования / Т. В. Меркушова // Психологическое здоровье подрастающего поколения: проблемы и пути решения: материалы Международной науч.-практ. конф., Астрахань, 19–20 ноября 2009 г. Астрахань, 2009.
68. Митрухина, Н.А. Социально-перцептивные и личностные корреляты поведенческих типов А и Б: Автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.05 – социальная психология / Н.А. Митрухина. Ярославль, 2007.
69. Михайлов, В. В. Основы патологической физиологии: Руководство для врачей / В. В. Михайлов. М., 2001.
70. Михель, Д. Медицина против эпидемий в Поволжье: социально-исторический контекст (1890–1925) / Д. Михель, И. Михель, И. Сироткина // Вестник Евразии. 2004. № 3.
71. Мольков, А. Санитарное просвещение, его задачи и методы / А. Мольков // Социальная гигиена. 1922. № 1.
72. Московичи, С. От науки – к здоровому смыслу / С. Московичи, М. Хьюстон // Социальная психология / под ред. С. Московичи. СПб., 2007.
73. Мосс, М. Общества. Обмен. Личность: Труды по социальной антропологии / М. Мосс. М., 1996.
74. Население Республики Беларусь: статистический сборник. Минск, 2011.
75. Никифоров, Г. С. Психология здоровья: учеб. пособие / Г. С. Никифоров. СПб., 2002.
76. Никифоров, Г. С. У истоков психологии здоровья / Г. С. Никифоров // Вестник СПбГУ. Сер. 12. Вып. 4. 2009.
77. Новик, А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т. И. Ионова. М., 2007.
78. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник для студентов мед. вузов / под. ред. В.А. Миняева, Н.И. Вишнякова. М., 2006.
79. Озанов, Р. Г. О предупреждении возможных негативных последствий профилактических мероприятий / Р. Г. Органов, И.А. Гундаров // Советское здравоохранение. 1989. № 1.
80. Опросник SF-36 // Межнациональный центр исследования качества жизни [Электронный ресурс]. 2010. Режим доступа: <http://www.quality-life.ru/mos-sf36.php>. Дата доступа: 04.11.2010.
81. Осин, Е. Н. Чувство связности как показатель психологического здоровья и его диагностика / Е. Н. Осин // Психологическая диагностика. 2007. № 3.
82. Перре, М. Научно-теоретические основы клинико-психологической интервенции / М. Перре // Клиническая психология / под ред. М. Перре, У. Бауманна. СПб., 2002.
83. Петров, Б. Д. Личная профилактика / Б. Д. Петров // Здоровье. 1955. № 1.

84. *Плавинский, С.Л.* Осознала ли медицина свои пределы? К 30-летию «Медицинской Немезиды» Айвана Иллича / С.Л. Плавинский // Отчетственные записки. 2006. № 1.
85. *Попов, В.Ф.* Санитарное просвещение: учебник / В.Ф. Попов, А.Т. Беляева. М., 1988.
86. *Решетников, А.В.* Современные социальные изменения в общественном здоровье и моделях медицины / А.В. Решетников // Социология медицины. 2006. № 1.
87. *Рубанов, А.В.* Здоровье как жизненная ценность / А.В. Рубанов // Психосоциальная адаптация в трансформирующемся обществе: проблемы и перспективы: материалы II Междунар. науч. конф., 26 окт. 2007 г., Минск / ред. кол.: И.А. Фурманов (отв. ред.) [и др.]. Минск, 2007.
88. Санитарное просвещение: Международный терминологический словарь / под ред. Д.Н. Лоранского, В. Шмидта. М., 1981.
89. *Семашко, Н.А.* Политика советской власти и социальная гигиена / Н.А. Семашко // Избранные произведения / под ред. П. И. Калью. М., 1967.
90. *Силюянова, И.В.* Взаимосвязь философского и медицинского подхода в исследовании образа жизни / И.В. Силюянова // Советское здравоохранение. 1989. № 10.
91. *Созонтов, А.Е.* Проблема здоровья с позиций гуманистической психологии / А.Е. Созонтов // Вопросы психологии. 2003. № 3.
92. *Соколов, И.С.* Показатели санитарной культурности населения и методика их изучения / И. С. Соколов. М., 1959.
93. *Сорокина, Т.С.* История медицины / Т.С. Сорокина. М., 2004.
94. Социальные реформы в Беларуси: социологический анализ / С.А. Шавель [и др.]. Минск, 2004.
95. *Станишевская, Л.С.* Оценка влияния социально-экономических факторов на состояние здоровья населения Республики Беларусь / Л.С. Станишевская // Здоровье населения: проблемы и пути решения: материалы II Междунар. научно-практического семинара, г. Минск, 19–21 мая 2011 г. / ред. кол.: Н. М. Римашевская (гл. ред.) [и др.] Минск, 2011.
96. *Терещенко, О.В.* Социальная мобильность / О.В. Терещенко, С.В. Сивуха // Социология: энциклопедия. Минск, 2003.
97. *Терещенко, О.В.* Социальная стратификация / О.В. Терещенко, С.В. Сивуха // Социология: энциклопедия. Минск, 2003.
98. *Тищенко, П. Д.* Жизнь как феномен культуры / П.Д. Тищенко // Биология в познании человека. М., 1989.
99. *Тищенко, П. Д.* Биовласть в эпоху биотехнологий / П.Д. Тищенко. М., 2001.
100. *Трахтман, Я. Н.* Опыт изучения санитарной грамотности домашних хозяек / Я. Н. Трахтман // Социальная гигиена. 1930. № 1–2.
101. *Тхостов, А.Ш.* Психология телесности / А.Ш. Тхостов. М., 2002.
102. *Тхостов, А.Ш.* Субъективный телесный опыт и ипохондрия: культурно-исторический аспект / А.Ш. Тхостов, Е. М. Райзман // Психологический журнал. 2005. № 2.

103. Фернхем, А. Личность и социальное поведение / А. Фернхем, П. Хейвен. СПб., 2001.
104. Физиология человека: В 3-х т. / под ред. Р. Шмидта и Г. Тевса. М., 2005.
105. Фролова, Ю.Г. Социально-психологические факторы рискованного поведения школьников / Ю.Г. Фролова // Научные труды Республиканского института высшей школы. Исторические и психолого-педагогические науки. Сб. науч. статей. Вып. 11. Ч. 2. Минск, 2011.
106. Фуко, М. Рождение клиники / М. Фуко. М., 1998.
107. Хеккхаузен, Х. Мотивация и деятельность: в 2 т. / Х. Хеккхаузен. М., 1986.
108. Царегородцев, Г. И. Современный пациент / Г. И. Царегородцев // Советское здравоохранение. 1989. № 10.
109. Царегородцев, Г. И. Социально-медицинская профилактика / Г. И. Царегородцев, И.А. Гундаров // Вестн. Акад. мед. наук СССР. 1990. № 4.
110. Шагинян, М. Создай и сохрани свое здоровье / М. Шагинян // Здоровье. 1956. № 1.
111. Шилова, Л. С. Трансформация самосохранительного поведения / Л.С. Шилова // Социс. 1999. № 5.
112. Шиффман, Х. Ощущение и восприятие. СПб., 2003.
113. Штайнкамп, Г. Смерть, болезнь и социальное неравенство [Электронный ресурс] / Г. Штайнкамп // Журнал социологии и социальной антропологии. 1999. Т.11, № 1. Режим доступа: <http://www.soc.pu.ru/publications/jssa/>. Дата доступа: 01.10.2009.
114. Эткинд, А.М. Общественная атмосфера и индивидуальный путь ученого: опыт прикладной психологии 20-х гг. / А.М. Эткинд // Вопросы психологии. 1990. № 5.
115. Юдин, Б. Г. Здоровье: факт, норма и ценность / Б.Г. Юдин // Мир психологии. 2000. № 1.
116. Юдин, Б. Г. От утопии к науке: конструирование человека / Б. Г. Юдин // Вызов познанию: стратегии развития науки в современном мире. М., 2004.
117. Юдин, О.А. Феномен спортивных практик в системе общественного здоровья. Автореф. дис. ... канд. социол. наук / О.А. Юдин. Саратов, 2007.
118. Ялом, И. Мамочка и смысл жизни / И. Ялом. М., 2002.
119. Ясперс, К. Общая психопатология / К. Ясперс. М., 1997.
120. Яцино, М. Культура индивидуализма / М. Яцино. Харьков, 2012.
121. Aaro, L. E. Adolescent lifestyle / L. E. Aaro // Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine. – Cambridge: Cambridge University Press, 1997.
122. Adolescent Risk Taking / Ed. by Bell N., Bell R. Newbury Park: SAGE Publications, 1993.
123. Arena, J. G. Behavioral Medicine/ J.G. Arena, E.B. Blanchard // Encyclopedia of Behavior Modification and Cognitive Behavior Therapy. 2005. SAGE Publications. 17 Apr. 2010. <http://www.sage-ereference.com/cbt/Article_n31.html>.

124. Aronowitz, R. A. Making sense of illness: science, society, and disease / R. A. Aronowitz. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.
125. Augoustinos, M. Social Representations // Augoustinos M., Walker I. Social Cognition: An Integrated Introduction. London, 1996.
126. Baron-Epel, O. Self-Reported Health [Electronic resource] / O. Baron-Epel // Encyclopedia of Health and Behavior. London SAGE Publications, 2004. Mode of access: http://sage-ereference.com/behavior/Article_n183.html. Date of access: 05.09.2009.
127. Bashford, A. Global biopolitics and the history of world health / A. Bashford // History of the Human Sciences. 2006. Vol. 19. N 1.
128. Bensaude-Vincent, B. A historical perspective on science and its "others" / B. Bensaude-Vincent // Isis. 2009. Vol. 100.
129. Bernard, L.C. Health Psychology: Biopsychosocial Factors in Health and Illness / L.C. Bernard, E. Crupat. London: Harcourt Brace College Publishers, 1994.
130. Biddle, S.J.H. Psychology of Physical Activity: Determinants, well-being and interventions. 2nd edition / S. J. H. Biddle, N. Mutrie. London: Routledge, 2007.
131. Bond, F.W. Getting the balance right: The need for a comprehensive approach to occupational health/ F. W. Bond // Work and Stress. 2004. Vol.18. N 2.
132. Borrell-Carrio, F. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice and scientific inquiry / F. Borrell-Carrio, A. L. Suchman, R. M. Epstein // Annals of Family Medicine. 2004. Vol. 2. N 6.
133. Boyd, K.M. Disease, illness, sickness, health, healing and wholeness: exploring some elusive concepts / K. M. Boyd // Journal of Medical Ethics. 2000. Vol. 26. N 1.
134. Bundy, C. Cardiovascular and respiratory disease. Treatment / C. Bundy // The Handbook of Clinical Adult Psychology / Ed. by S.Lindsay & G. Powell. London & New York, 1995.
135. Bunton, R. Critical health psychology: Julie Hepworth / R. Bunton // Journal of Health Psychology. 2006. Vol. 11. N 3.
136. Clarke S. A meta-analytic review of the Big Five personality factors and accident involvement in occupational and non-occupational settings / S. Clarke, I. T. Robertson // Journal of Occupational and Organizational Psychology. 2005. Vol. 78.
137. Cockerham, W. C. Medical sociology at the Millennium [Electronic resource] / W. C. Cockerham // The International Handbook of Sociology. London: SAGE Publications, 2000. Mode of access: http://sage-ereference.com/hdbk_intlsociology/Article_n20.html. Date of access: 05.09.2009.
138. Cohen, A. Perspectives on protective behaviors and work place hazards / A. Cohen // Taking Care: Understanding and Encouraging Self-Protective Behavior / Ed. by N. D. Weinstein. Cambridge: Cambridge University Press, 1987.
139. Conscientiousness, perceived risk, and risk-reduction behaviors: A preliminary study. S.E. Hampson, J.A.Andrews, M. Barckley e.a. // Health Psychology. 2000. Vol. 19. N 5.
140. Contrada R.J. Personality and Health / R.J. Contrada et al. // Handbook of Personality: Theory and Research / Ed. by Pervin L.A. New York, London: The Guilford Press, 1990.

141. Coping and immunosuppression: Inescapable but not escapable shock suppresses lymphocyte proliferation / M. Laudenslager et al. // *Science*. 1983. Vol. 221.
142. *Cornish, F.* Making «context» concrete: a dialogical approach to the society–health relation / F. Cornish // *Journal of Health Psychology*. 2004. Vol. 9. N 2.
143. *Crawford, R.* The boundaries of the self and the unhealthy other: reflections on health, culture and AIDS / R. Crawford // *Social Science and medicine*. 1994. Vol. 38. N 10.
144. *Crosby, R. A.* Theory in health promotion practice and research / R. A. Crosby, M. C. Kegler, R. J. DiClemente // *Emerging theories in health promotion practice and research*. San Francisco, 2009.
145. *Crossley, M. L.* «Would you consider yourself a healthy person?»: using focus groups to explore health as a moral phenomenon / M. L. Crossley // *Journal of Health Psychology*. 2003. Vol. 8, N 5.
146. *Crossley, M. L.* Introduction to the symposium «Health resistance»: the limits of contemporary health promotion / M. L. Crossley // *Health Education Journal*. 2002. Vol. 61. N 2.
147. *Davis, P. V.* The meaning of normal / P. V. Davis, J. G. Bradley // *What's Normal? Narratives of Mental and Emotional Disorder*; Ed. by C. Donley, Sh. Buckley. Kent: The Kent State University Press, 2000.
148. *Dowd, E. T.* Psychological reactance in health education and promotion / E. T. Dowd // *Health Education Journal*. 2002. Vol. 61. N 2.
149. *Eaton, D.K.* Your risk behavior surveillance system / D.K. Eaton et al. // *MMWR Surveill Summ*. 2010; 59(5):1–142.
150. *Edelmann, R. J.* An introduction to health psychology / R. J. Edelmann // *The Handbook of Clinical Adult Psychology*. / Ed. by Lindsay S., Powell G. London, New York: Guilford Press, 1995.
151. *Emerging Theories In Health Promotion Practice and Research Strategies for Improving Public Health* / Ed. by R. J. DiClemente, R.A. Crosby, M. C. Kegler. San Francisco: Jossey-Bass, 2002.
152. *Everson-Rose, S. A.* Kuopio ischemic heart disease risk factor study [Electronic resource] / S. A. Everson-Rose // *Encyclopedia of Health and Behavior*. London: SAGE Publications, 2004. Mode of access: http://sage-reference.com/behavior/Article_n142.html. Date of access: 05.09.2009.
153. *Ewart, C. K.* Adoption of health behavior [Electronic resource] / C.K. Ewart // *Encyclopedia of health and behavior*. London: SAGE Publications, 2004. Mode of access: http://sage-e-reference.com/behavior/Article_n3.html. Date of access: 05.09.2009.
154. *Fischhoff, B.* Risk perception and health behavior / B. Fischhoff // *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press, 1997.
155. *Flick, U.* The social construction of individual and public health: contributions of social representations theory to a social science of health / U. Flick // *Social Science Information*. 1998. Vol. 37. N. 4.
156. *Friedman, H. S.* The “Disease-prone personality”: A meta-analytic view of the construct / H. S. Friedman, S. Booth-Kewley // *American Psychologist*. 1987. Vol. 42.

157. *Gallestey, J. B.* Framingham heart study [Electronic resource] / J. B. Gallestey // Encyclopedia of Epidemiology. London: SAGE Publications, 2007. Mode of access: http://sage-ereference.com/epidemiology/Article_n163.html Date of access: 05.09.2009.
158. *Gill, R.* Body projects and the regulation of normative masculinity / R. Gill // *Body and Society*. 2005, Vol. 11. N 1.
159. *Gill, R.* Body projects and the regulation of normative masculinity / R. Gill // *Body and Society*. 2005, Vol. 11. N 1.
160. *Gochman, D. S.* Health behavior research: definition and diversity / D. S. Gochman // *Handbook of Health Behavior research*. New York: Plenum Press, 1997. Vol. 1.
161. *Goldberg, D. S.* In Support of a Broad Model of Public Health: Disparities, Social Epidemiology and Public Health Causation / D. S. Goldberg // *Public Health Ethics/* Vol. 2. N 1.
162. *Grande, G.* The construct validity of social inhibition and the Type-D taxonomy / G. Grande, H. Glaesmer, M. Roth // *Journal of Health Psychology*. 2010. Vol. 15. N 7.
163. *Gray, J. A. M.* Postmodern medicine / J.A.M. Gray // *Lancet*. 1999. N 354.
164. *Green, L. W.* Health promotion planning: an educational and ecological approach / L. W. Green, M. W. Kreuter. New York, 2005.
165. *Greenhalgh, T.* «Health for me»: a sociocultural analysis of healthism in the middle classes / T. Greenhalgh, S. Wessely // *British Medical Bulletin*. 2004. Vol. 69. N 1.
166. *Hagger, M.* The Social Psychology of Exercise and Sport / M. Hagger, N. Chatzisarantis. Maidenhead: Open University Press, 2005.
167. *Han Y.* Breast cancer screening knowledge, attitudes, and practices among Korean American women / Y. Yan, R.D. Williams, R.A. Harrison // *Oncology Nursing Forum*. 2000. Vol. 27. N 10.
168. *Harris, T.* Life events and health / T. Harris // *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press, 1997.
169. *Health and behavior: the interplay of biological, behavioral, and societal influences* / Ed. By E.N. Brandt et al. Washington: National Academy Press, 2001.
170. *Health Behavior and Health Education: Theory, research, and practice*. 4th edition / Ed. by K. Glanz, B. K. Rimer, K. Viswanath. San Francisco: Jossey-Bass, 2008.
171. *Health policy perception and health behaviours: A multilevel analysis and implications for public health psychology* / T. von Lengerke [et al.] // *Journal of Health Psychology*. 2004. Vol. 9. N 1.
172. *Health promotion programs – From Theory to practice* / Ed. by C. I. Fertman, D. D. Allensworth. San Francisco: Jossey-Bass, 2010.
173. *Health psychology: theory, research and practice* / D. F.Marks [et al.]. London: SAGE Publications, 2000.
174. *Henry, J.* The healthy organization / J. Henry // *Research Companion to Organizational Health Psychology* / Ed. by A.-G. Antoniou, C. L. Cooper. Cheltenham: Edward Elgar, 2005.
175. *Hepworth, J.* Public health psychology: a conceptual and practical framework / J. Hepworth // *Journal of Health Psychology*. 2004. Vol. 9. N 1.

176. *Hepworth, J.* The emergence of critical health psychology: can it contribute to promoting public health? / J. Hepworth // *Journal of Health Psychology*. 2006. Vol. 11. N 3.
177. *Hodgetts, D.* Mediation and the construction of contemporary understandings of health and lifestyle / D. Hodgetts, B. Bolam, C. Stephens // *Journal of Health Psychology*. 2005. Vol. 10. N 1.
178. *Howarth, C.* Exploring the potential of the theory of social representations in community-based health research—and vice versa? / C. Howarth, J. Foster, N. Dorrer // *Journal of Health Psychology*. 2004. Vol. 9. N 2.
179. *Idler, E. L.* The Meanings of Self-Ratings of Health: A Qualitative and Quantitative Approach / E. L. Idler, S. V. Hudson, H. Leventhal // *Research on aging*. 1999. Vol. 21. N 3.
180. *Illich, I.* Limits to medicine. Medical Nemesis: the expropriation of health / I. Illich. London: Penguin Books, 1976.
181. *Joffe, H.* Representations of health risks: what social psychology can offer health promotion / H. Joffe // *Health Education Journal*. 2002. Vol. 61. N 2.
182. *Joffe, H.* Social representations and health psychology / H. Joffe // *Social Science Information*. 2002. Vol. 41. N 4.
183. *Kals, E.* Health behavior: an interlocking personal and social task / E. Kals, L. Montada // *Journal of Health psychology*. 2001. Vol. 6. N 2
184. *Kaplan, R. M.* Alameda County study [Electronic resource] / R. M. Kaplan // *Encyclopedia of Health and Behavior*. London: SAGE Publications, 2004. Mode of access: http://sage-ereference.com/behavior/Article_n10.html. Date of access: 05.09.2009.
185. *Kaplan, R. M.* Framingham heart study [Electronic resource] / R. M. Kaplan // *Encyclopedia of Health and Behavior*. London: SAGE Publications, 2004. Mode of access: http://sage-ereference.com/behavior/Article_n101.html. Date of access: 05.09.2009.
186. *Katz, R.C.* Cancer awareness and self-examination practices in young men and women / R.C. Katz, K. Meyers, J. Walls // *Journal of Behavioral Medicine*. 1995. Vol. 18. N 4.
187. *Kenny, D.* Constructions of occupational stress: nuisances, nuances or novelties? / D. Kenny, D. McIntyre // *Research Companion to Organizational Health Psychology* / Ed. by A.-G. Antoniou, C. L. Cooper. Cheltenham: Edward Elgar, 2005.
188. Kneip et al. Self- and Spouse Ratings of Anger and Hostility as Predictors of Coronary Heart Disease // *Health Psychology*. 1993. Vol.12. N 4.
189. *Kok, G.* Using theory in psychological interventions / G. Kok, H. Schaalma // *Health psychology in practice*. Oxford, 2004.
190. *Kreuter, M.* Changing Inaccurate Perceptions of Health Risk: Results From a Randomized Trial / M. Kreuter, V. Strecher // *Health Psychology*. 1995. Vol. 14. N 1.
191. *Labish, A.* History of public health – history in public health: looking back and looking forward / A. Labish // *Social History of Medicine*. 1998. Vol. 11. N 1.
192. *Lear, D.* Sexual communication in the age of AIDS: the construction of risk and trust among young adults / D. Lear // *Social Science in Medicine*. 1995. Vol. 41. N 9.

193. *Lopes, L.* Reasons and resources: the human side of risk taking / L. Lopes // Adolescent Risk Taking; Ed. by Bell N., Bell R. Newbury Park: SAGE Publications, 1993.
194. *Lucas, K.* Health Promotion: Evidence and Experience / K. Lucas, B. Lloyd. London: SAGE Publications, 2005.
195. *Lyons, A. C.* Health Psychology: A Critical Introduction / A.C. Lyons, K. Chamberlain. New York: Cambridge University Press, 2006.
196. *Macdonald, G.* A new evidence framework for health promotion practice / G. Macdonald // The health psychology reading / Ed. by D. F. Marks. London: Sage Publications.
197. *McDermott, M.* Redefining health psychology: Matarazzo revisited / M. McDermott // The health psychology reading / Ed. by D. F. Marks. London: Sage Publications, 2002.
198. *Michie, S.* Interventions to change health behaviors: evidence-based or evidence-inspired? / S. Michie, Ch. Abraham // Psychology and Health. 2004. Vol. 19. N 1.
199. *Mokhad, A. H.* Behavioral risk factor surveillance system [Electronic resource] / A. H. Moknad, C. P. Jones, D. Y. Moriarty // Encyclopedia of Health and Behavior. London: SAGE Publications, 2004. Mode of access: http://sage-e-reference.com/behavior/Article_n30.html. Date of access: 06.09.2009.
200. *Morris, T.* "Type C" for cancer? / T. Morris, S.A. Greer // Cancer Detection and Prevention. 1980. Vol. 3.
201. *Neuhauser, L.* Rethinking Communication in the E-health Era / L. Neuhauser, G. Kreps // J Health Psychol 2003; 8; # 17–23.
202. *Ogden, J.* The Psychology of Eating: From Healthy to Disordered Behavior. 2-nd ed. / J. Ogden. Chichester: Wiley-Blackwell, 2010.
203. *Ogden, J.* The rhetoric and reality of psychosocial theories of health / J. Ogden // Journal of Health Psychology. 1997. Vol. 2. N 1.
204. *Olivardia, R.* Mirror, Mirror on the Wall, Who's the Largest of Them All? The Features and Phenomenology of Muscle Dysmorphia / R. Olivardia // Harvard Rev Psychiatry 2001. Vol. 9.
205. Parents' and children's self-report of parenting factors: How much do they agree and which is more strongly associated with early adolescent alcohol use? / K. E Paschet et al. // Health Education Journal. 2010. Vol. 69.
206. Patterns, correlates and barriers to medication adherence among persons prescribed new treatments for HIV disease / S.L. Catz e.a. // Health Psychology. 2000. Vol. 19. N 2.
207. Petersen, A. R. Risk and the regulated self: the discourse of health promotion as politics of uncertainty / A. R. Petersen // Journal of Sociology. 1996. Vol. 32. N 1.
208. Petersen, A. The New Public Health / A. Petersen, D. Lupton. London: SAGE Publications, 1996.
209. Peterson M., Wilson J.F. The Culture-Work-Health Model and Work Stress // American Journal of Health Behavior. 2002. Vol. 26. N 1.

210. *Phillips, K.A.* Body dysmorphic disorder: clinical aspects and treatment strategies / K.A. Phillips // Bulletin of Menninger Clinic. 1998. Vol. 62 (Suppl A).
211. Physical Activity and Psychological Well-Being / Ed. by S. J.H. Biddle, K. R. Fox, S. H. Boutche. London: Routledge, 2000. XII.
212. Predicting Health Behavior: Research and Practice with Social Cognition Models / Ed. by M. Conner, P. Norman. – Maidenhead: Open University Press, 2005. XIII. 385 p.
213. Prilleltensky, I. Towards a critical health psychology practice / I. Prilleltensky, O. Prilleltensky // Journal of Health Psychology. 2003. Vol. 8. N. 2.
214. *Prochaska, J.O.* Strong and weak principles for progressing from precontemplation to action on the basis of twelve problem behaviors / J.O. Prochaska // Health Psychology. 1994. Vol. 13. N 1.
215. *Prohaska, T.* Health behavior: from research to community practice [Electronic resource] / T. Prohaska, K. Peters, J. Warren // Handbook of social studies in health and medicine. London: SAGE Publications, 1999. Mode of access: http://www.sage-ereference.com/hdbk_socstudyhealth/Article_n23.html. Date of access: 12.05.2010.
216. Psychological depression and 17-year risk of death from cancer / R. Shekelle et al. // Psychosomatic medicine. 1981. Vol. 43.
217. *Riordan, J.* Sport and social change in U.S.S.R / J. Riordan // Journal of Sport and Social Issues. 1982. Vol. 6. N 1.
218. *Robinson, J.A.* The health behavior selection process of young adolescents / J.A. Robinson // The Journal of Scholl Nursing. 2001. Vol. 17. N 3.
219. *Rydstedt, L.W.* Are lay theories of work stress related to distress? A longitudinal study in the British workforce / L.W. Rydstedt, J. Devereux, A.F. Furnham // Work and Stress. 2004. Vol. 18. N 3.
220. *Sanders, D.* Counselling for Psychosomatic Problems / D. Sanders. London; Thousand Oaks; New Delhi, 1996.
221. *Schafer, R.B.* Predicting fat in diets of marital partners using the health beliefs model / R.B. Schafer, P.M. Keith, E. Schafer // Journal of Behavioral Medicine. 1995. Vol. 18. N 5.
222. *Schiavo, R.* Health Communication – From Theory to Practice / R. Schiavo. San Francisco: Jossey-Bass, 2007.
223. *Seymour-Smith, S.* «My wife ordered me to come!»: a discursive analysis of doctors' and nurses' accounts of men's use of general practitioners / S. Seymour-Smith // Journal of Health Psychology. 2002. Vol 7. N 3.
224. *Shahab, L.* Socioeconomic status and health / L. Shahab // Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine. Cambridge: Cambridge University Press, 1997.
225. *Smolak, L.* Body Image, Eating Disorders and Obesity in Youth – Assessment, Prevention and Treatment / L. Smolak, J.K. Thompson. Washington: APA, 2009.
226. *Spiegel, D.* Effect of psychological treatment on survival of patients with metastatic breast cancer / D. Spiegel [at all] // Lancet. 1989. Vol. 2. P. 888–891.

227. *Step toe, A.* Family history of cardiovascular disease, physical fitness, and psychophysiological reactivity to mental stress / A. Steptoe, D. Molineux // Perspectives and Promises of Clinical Psychology. New York & London, 1992.
228. *Strecher, V.* The health beliefs model / V. Strecher, I.M. Rosenstock // Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine. Cambridge: Cambridge University Press, 1997.
229. Strengths and Weaknesses of Health Behavior Change Programs on the Internet
230. *Stroebe, W.* Health-impairing behaviours / W. Stroebe, J. de Wit // Applied Social Psychology. London: Guilford Press, 1996.
231. *Sutton, S.* Determinants of Health-Related Behaviours: Theoretical and Methodological Issues [Electronic resource] / S. Sutton // The SAGE Handbook of Health Psychology. London: SAGE Publication, 2004. Mode of access: http://sage-ereference.com/hdbk_sagehealthpsych/Article_n4.html. Date of access: 05.09.2009.
232. The handbook of health behavior change / Ed. by S.A. Shumaker. New York: Springer Publishing Company, 2009
233. The muscular ideal: psychological, social, and medical perspectives / Ed. By J.K. Thompson, G. Cafri. Washington: APA, 2007.
234. The Responses of Male and Female Managers to Workplace Stress and Downsizing / Maki N. et al. // North American Journal of Psychology. 2005. Vol. 7. Issue 2.
235. *Thurston, W. E.* Evaluability assessment: a catalyst for program change and improvement / W. E. Thurston, J. Graham, J. Hatfield // Evaluation and The Health Professions. 2003. Vol. 26. N 2.
236. *Torkelson, E.* The role of gender and job level in coping with occupational stress / E. Torkelson, T. Muhonen // Work and Stress. 2004. Vol. 18. N 3.
237. *Tucker, J. S.* Social control of health behavior: associations with conscientiousness and neuroticism / J. S. Tucker, M. N. Elliott, D. J. Klein // Personality and Social Psychology Bulletin. 2006. Vol. 32. N 9.
238. *Turner, B. S.* The body and society: explorations in social theory. 2-nd ed. London, Sage, 1996.
239. *Visintainer, M.* Tumor rejection in rats after inescapable or escapable shock / M. Visintainer, J. Volpicelli, M. Selisman // Science. 1982. Vol. 216.
240. *Wardle, J.* Psychologist making a difference... Public health psychology / J. Wardle, A. Steptoe // Psychologist. 2005. Vol. 18. N 11.
241. *Weinstein, N.* Testing 4-th concurring approaches of health-protective behavior / N. Weinstein // Health Psychology. 1993. Vol. 12. N 4.
242. Well-being: Positive Development Across Life Course / Ed. by M. H. Bornstein et al. London: Taylor & Francis e-Library, 2008.
243. *Wheatley, E.* Disciplining bodies at risk: cardiac rehabilitation and the medicalization of fitness / E. Wheatley // Journal of Sport and Social Issues. 2005. Vol. 29. N 2.

244. *Wills, T.* Social support and health // T. Wills, M. Ainette // Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine. Cambridge: Cambridge University Press, 1997.
245. *Zarcadoolas, C.* Advancing health literacy: A framework for understanding and action / C. Zarcadoolas, A. F. Pleasant, D. S. Greer. San Francisco: Jossey-Bass, 2006.
246. *Zeckhauser, R. J.* Risk within reason / R. J. Zeckhauser, W. Kipviscusi // Judgment and decision making. An interdisciplinary reader. 2-nd ed; Ed. by T. Connolly, H. R. Arkes, K .R. Hammond. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
РАЗДЕЛ I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ	4
Глава 1. Здоровье как объект научного исследования.	4
1.1. Основные подходы к определению здоровья	4
1.2. Общественное здоровье	13
1.3. Демографическая модернизация	18
Глава 2. История развития, теоретические основы и направления психологии здоровья.	22
2.1. Науки о здоровье	22
2.2. Предпосылки и история развития психологии здоровья.	30
2.3. Теоретические основы психологии здоровья	32
2.4. Направления психологии здоровья	34
Глава 3. Социальные факторы здоровья.	42
3.1. Социальное неравенство и здоровье человека	43
3.2. Культура и здоровье человека.	51
Глава 4. Межличностные отношения и здоровье человека	60
4.1. Качество межличностных отношений как фактор здоровья.	61
4.2. Влияние микросоциальной среды на здоровое и рискованное поведение индивида	66
Глава 5. Здоровый образ жизни. Безопасное и рискованное пове- дение	69
5.1. Здоровый образ жизни	70
5.2. Здоровое, безопасное и рискованное поведение	74
5.3. Модели безопасного и рискованного поведения	81
5.4. Критическая оценка моделей безопасного и рискованного поведения.	97
Глава 6. Индивидуальные и социальные представления о здоровье	104
6.1. Грамотность в области здоровья	104
6.2. История развития медицинского просвещения	109
6.3. Теоретические основы и современные тенденции развития медицинского просвещения.	113
6.4. Представления о здоровье	116

Глава 7. Личность и здоровье.	124
7.1. Концепции личностных профилей и личностных типов.	128
7.2. Взаимосвязь когнитивных стилей и здоровья: воспринимаемый контроль, самооффективность, выученная беспомощность.	143
7.3. Мотивационно-потребностная сфера и здоровье: концепция отношения к здоровью.	148
РАЗДЕЛ II. ПРИКЛАДНАЯ ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ.	152
Глава 8. Практические методы психологии здоровья.	152
8.1. Проблема соотношения теории и практики	152
8.2. Практические методы психологии здоровья.	167
8.3. Оценка эффективности психологической практики в сфере здоровья.	169
Глава 9. Питание и здоровье человека	172
9.1. Психологические факторы пищевого поведения	173
9.2. Еда как средство контроля веса: проблема ожирения и диеты	183
Глава 10. Физическая активность и здоровье.	190
10.1. Социально-психологические факторы физической активности	191
10.2. Негативные последствия излишней увлеченности физическими упражнениями.	195
Глава 11. Профессиональная деятельность и здоровье.	199
11.1. Стресс на работе	200
11.2. Безопасное и рискованное поведение на работе.	208
11.3. Практические интервенции на уровне организаций	210
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	215
Приложение 1. Примерная анкета для оценки безопасного поведения.	216
Приложение 2. Примерные перечни утверждений, используемых для выявления факторов безопасного и рискованного поведения	223
Приложение 3. Массовое санитарное просвещение после Октябрьской революции: плакаты, афиши как пример наглядной агитации.	230
ПЕРСОНАЛИИ	238
ЛИТЕРАТУРА	240
	255

Учебное издание

Фролова Юлия Геннадьевна

ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ

Пособие

Редактор *Т.С. Житкевич*
Художественный редактор *Е.Э. Агунович*
Технический редактор *Н.А. Лебедевич*
Корректор *Н.Г. Баранова*
Компьютерная верстка *А.И. Стебули*

Подписано в печать 27.01.2014. Формат 84×108/32. Бумага офсетная.
Гарнитура «Times New Roman». Офсетная печать. Усл. печ. л. 13,44.
Уч.-изд. л. 15,3. Тираж 800 экз. Заказ 137.

Республиканское унитарное предприятие «Издательство “Вышэйшая школа”».
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/3 от 08.07.2013.
Пр. Победителей, 11, 220048, Минск.
e-mail: market@vshph.com <http://vshph.com>

Филиал № 1 открытого акционерного общества «Красная звезда».
ЛП № 02330/0494160 от 03.04.2009. Ул. Советская, 80, 225409, Барановичи.